



BÓL BÓL i cierpienie

pod redakcją
GRAŻYNY MAKIELŁO-JARŻY
przy współpracy ZDZISŁAWA GAJDY

ACTA ACADEMIAE MODREVIANAЕ
Kraków 2009

BÓI
i cierpienie

*Człowiek zbawia się
nie na zasadzie ilości przeżytego bólu,
ale na zasadzie miłości, która uszczęśliwia
i pozwala znieść ból.*

ks. Józef Tischner

BÓL i cierpienie

pod redakcją

GRAŻYNY MAKIEŁŁO-JARZY

przy współpracy ZDZISŁAWA GAJDY

ACTA ACADEMIAE MODREVIANAЕ

Kraków 2009

Rada Wydawnicza:
Klemens Budzowski, Maria Kapiszewska, Zbigniew Maciąg, Jacek M. Majchrowski

Recenzje:
prof. dr hab. med. Zdzisław Gajda
doc. dr hab. med. Władysław Lejman
dr n. med. Alicja Macheta
prof. dr hab. med. Andrzej Śródka
dr Piotr Passowicz

Projekt okładki:
Joanna Sroka

Redaktor prowadzący:
Halina Baszak-Jaroń
Maria Dorota Schmidt-Pospuła

Adiustacja:
Kamila Zimnicka-Warchoł

Copyright© by Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Kraków 2009

ISBN: 978-83-7571-082-3

Żadna część tej publikacji nie może być powielana ani magazynowana w sposób umożliwiający ponowne wykorzystanie, ani też rozpowszechniana w jakiegokolwiek formie za pomocą środków elektronicznych, mechanicznych, kopiujących, nagrywających i innych, bez uprzedniej pisemnej zgody właściciela praw autorskich.

Na zlecenie:
Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
www.ka.edu.pl

Wydawca:
Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM
Kraków 2009

Łamanie:
Joanna Sroka

Druk i oprawa:
Eikon Plus

Spis treści

- **Grażyna Makiełło-Jarża**
Przedmowa 7

- **s. Maria Najowicz CSS**
Zniekształcone oblicze umęczonego Zbawiciela 9

- **s. Otylia Olga Pierożek CSS**
Umęczone oblicze Chrystusa kontemplowane
i ukazywane w posłudze człowiekowi cierpiącemu przez
Zgromadzenie Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego 15

- **Marek Kita**
Słabość Wszchemocnego. Medytacja teologiczna 21

- **Krzysztof Gerc**
Doświadczenie przemijania i śmierci
w perspektywie psychologicznej 29

- **Zbigniew Domosławski**
Godność – jej sacrum i profanum 47

- **Małgorzata Kuleta, Monika Wasilewska**
Lęk przed śmiercią jako źródło cierpienia
w świetle teorii opanowywania trwogi 53

- **Agnieszka Górecka, Monika Cempa**
Problemy duchowe pacjentów w obliczu śmierci 63

- **Teresa Weber**
Ocena cierpienia umierających w opiece domowej 67

- **Dorota Ortenburger**
Strategie radzenia sobie w zespole bólu
przewlekłego 81

■	Jan Iwaszczyszyn, Agnieszka Kwiecińska, Anna Kliś-Kalinowska, Izabela Chmiel	
	Zafałszowanie nadziei jako przyczyna bólu duchowego chorych w terminalnym okresie choroby.....	93
■	Edward Charczuk	
	Cierpienie chorego i jego rodziny a zaspokojenie ambicji lekarza	101
■	Katarzyna Wójcik-Pyrć, Stanisław J. Wójcik	
	Cierpienie lokalizowane w ciele nieuwarunkowane medycznie	105
■	Małgorzata Chodak	
	Near Death Experiences (NDE) wyzwaniem dla nauki i psychoterapii	115
■	Zbigniew Orbik	
	Etyczne aspekty „testamentu życia”	127
■	Joanna Harzowska	
	Ból i cierpienie w oczach matki chorego dziecka	137
■	Marta Marzec	
	Postawy studentów pedagogiki Małopolskiej Szkoły Wyższej w Brzesku wobec opieki paliatywnej	143
■	Małgorzata Szerła, Michał Kosztołowicz	
	Aplikacja wspólnego sensu w wykrywaniu osobowościowego aspektu bólu u dzieci	155
■	Wojciech Kłapa, Iwona Wilk	
	Zastosowanie fotografii cyfrowej do oceny zdolności percepcyjnych i systemu wartości pacjentów w opiece paliatywnej.....	165
	Noty o autorach	169

Grażyna Makiełło-Jarża

Przedmowa

Oddawany w ręce Czytelnika zbiór artykułów, będących pokłosiem kolejnego sympozjum „Ból i cierpienie”, znacząco różni się od dotychczasowych opracowań. W większości tekstów eksponowany jest metafizyczny i teologiczny wymiar cierpienia. Dostrzegalna jest antynomia między tym, co można nazwać odkryciem sensu cierpienia, a lękiem przed bólem, śmiercią i umieraniem. Czy śmierć jest końcem, czy początkiem? Czy można cierpieć godnie? Czy możemy mówić o *sacrum* i *profanum* godności osoby ludzkiej? Jaki jest duchowy wymiar cierpienia umierających? Czym jest testament życia i jakie można wyeksponować jego aspekty etyczne? Czy lekarz może być szafarzem fałszywej nadziei? Czy ważne jest zaspokajanie jego ambicji, gdy wie, że zabiegi operacyjne w żaden sposób nie pomogą choremu?

Przejmujące są opracowania dotyczące percepcji cierpienia chorego dziecka przez jego matkę, a także cierpienia osób umierających, pozostających w opiece domowej, dla których właśnie możliwość opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w domu jest czynnikiem łagodzącym ból fizyczny i lęk przed śmiercią w samotności. Autorzy jedynie kilku opracowań skupiają się na takich problemach, jak ukazanie różnorodnych strategii radzenia sobie z bólem przewlekłym czy też zastosowanie fotografii cyfrowej do oceny percepcji i systemu wartości pacjentów w opiece paliatywnej. Otuchą napawają wyniki badań nad postawami studentów pedagogiki wobec pacjentów hospicjum. Wprawdzie większość uznała, że nie jest przygotowana do tego typu pracy, ale ponad 60% uważa, że jest potrzebna specjalność przygotowująca do pracy z chorymi i badani deklarują chęć podjęcia takiej właśnie pracy.

Na wiele z postawionych przez autorów pytań nie ma jednoznacznych odpowiedzi... Tym bardziej zachęcam do lektury i refleksji. Sądzę, iż będzie to refleksja nie tylko nad kondycją człowieka chorego, ale każdego z nas pragnącego towarzyszyć mu w cierpieniu i wraz z nim próbować odnaleźć jego sens.

s. Maria Najowicz CSS

*Nie potrzebują lekarza zdrowi,
ale ci, którzy się źle mają...*

Zniekształcone oblicze umęczonego Zbawiciela

Wprowadzenie

Kult Najświętszego Oblicza Pana Jezusa to jedna z cech duchowości Zgromadzenia Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego, powołanego do pełnienia dzieł miłosierdzia. Jest to kult specyficzny – Kult Oblicza Zbawiciela w cierpiącym człowieku. Jest to więc kult rozumiany szeroko i realizowany bardzo konkretnie – poprzez służbę człowiekowi znajdującemu się w potrzebie – od poczęcia aż do naturalnej śmierci w różnych wymiarach i na różnych płaszczyznach – nie tylko fizycznej, ale też duchowej, psychicznej, emocjonalnej.

Odrażające oblicze

Zniekształcone, posiniaczone, oplute i zeszepeczone ludzkim grzechem Boskie Oblicze Zbawiciela staje mi przed oczyma, gdy spoglądam na odpychające twarze bezdomnych... Ich widok jest wpisany w krajobraz wielu miast. Na ulicach można spotkać snujące się cienie ludzi odzianych w łachmany, niedomytych, cuchnących denaturatem, niekiedy z trudem stojących na własnych nogach, trzymających w rękach reklamówkę z prowian-

tem zdobytym na dziś. Na ich zniekształconych i zniszczonych alkoholem twarzach wyczytać można mało ciekawą historię ich życia i jeszcze mniej ciekawą terażniejszość... Ich bezdomność jest często bezdomnością z wyboru. Trudno się więc dziwić, że wielu tzw. porządnym ludzi na ich widok z pogardą odwraca głowę i ma dla nich mniej serca i litości niż dla bezdomnych psów. Ale trudno też nie postawić sobie pytania, czy tak również patrzy Jezus, który mówi o sobie, że „przychodzi szukać tego, co zginęło?”

Choć jestem siostrą duchaczką, czyli jakby „z urzędu” powołaną do „patrzenia z miłosierdziem”, to ze wstydem muszę przyznać, że i dla mnie nie jest to świat jakiejś osobistej emocjonalnej sympatii, wręcz przeciwnie. W domu jednak byłam wychowana do szacunku dla takich ludzi. Gdy przychodził bezdomny, nawet odrażający, a była to pora obiadu i liczna rodzina była zgromadzona przy skromnie zastawionym kuchennym stole, to zawsze zapraszało się go do kuchni i tu przy stołeczku (bo przy stole nie było już miejsca) spożywał to samo co wszyscy domownicy. To doświadczenie z domu rodzinnego pozostawiło we mnie przeświadczenie, które mocno tkwi we mnie do dziś: że to jest CZŁOWIEK. Widok ludzi bezdomnych zawsze rodzi we mnie wielki niepokój serca. Z racji powołania do Zgromadzenia, w którym czczony jest Najświętsze Oblicze Umęczonego Zbawiciela, czuję się do nich szczególnie posłana. Często rodzi się we mnie rozpaczliwe pytanie: „Człowieku, co mogę dla Ciebie zrobić?” oraz duchowy dyskomfort i poczucie bezradności, a nawet wyrzutu, że na pozór – nic, bo nie stać mnie na to, by być Matką Teresą lub Bratem Albertem... Czy rzeczywiście nic?

Nie mogę nazwać siebie ekspertem w podejmowanym temacie bezdomności. Nie jestem ani psychologiem, ani psychiatrą, ani socjologiem, pracownikiem socjalnym czy jakimś specjalistą od zjawiska resocjalizacji. Jestem wieloletnią katechetką, która spotykała i spotyka tych ludzi na ulicach, na dworcu, przy furcie klasztornej. Pracując przez kilka lat jako katecheta w stutysięcznym mieście, dzięki współsiostrze obdarzonej szczególnym charyzmatem, miałam okazję być świadkiem i uczestnikiem czegoś, co można nazwać „apostolstwem wśród bezdomnych”. To doświadczenie pozostawiło we mnie wiele spostrzeżeń, które są dla mnie wielkim bogactwem. Tym właśnie bogactwem pragnę podzielić się w niniejszym artykule.

Bezdomność z wyboru

To prawda, że bezdomność, którą widzimy, jest często bezdomnością z wyboru. W tym właśnie tkwi największy dramat sytuacji. Najgłębsza bieda tych ludzi często leży nie w tym, że nie mogą mieć domu, ale w tym, że tak dalece zagubili się w swoim życiu, że nie chcą go mieć. W swym zagubieniu nie potrafią żyć inaczej. Jakby zatracili smak i wartość własnego człowieczeństwa. A ponieważ stworzeni jesteśmy na obraz i podobieństwo Boże, które wyciśnięte jest w ludzkiej naturze i nie da się go zatrzeć, czasem więc zaskomli ono żałośnie gdzieś w głębi i wtedy jest złudzenie, że ten palący ogień ugasi się denaturatem (bo na więcej nie zawsze stać). „Jak wypiję, to mi lepiej...” – niestety tylko przez krótką chwilę, bo potem jest jeszcze gorzej, i tak zamyka się zaklęte koło, z którego zdaje się, że nie ma wyjścia, przynajmniej w mniemaniu tego człowieka, który zatracił poczucie sensu i nadzieję. A wtedy życie zamienia się w koszmar...

Oto człowiek

Jak pomóc człowiekowi, którego największym, o ile nie jedynym w danej chwili pragnieniem jest otrzymać choćby parę groszy brakujących do kupienia kolejnej butelki lub kromkę chleba na dziś?

Pierwsza forma pomocy w zupełności odpada, druga zaś to rozwiązanie doraźne, które chwilowo syci głód „obdarowanego” i uśmierza niepokój „dającego” („coś zrobiłem!”). Nie rozwiązuje problemu do końca, bo jego istota jest daleko głębiej. Pomóc to przywrócić smak prawdziwego człowieczeństwa człowiekowi, który go zatracił. To obudzić w nim uszpioną godność i szacunek dla samego siebie. Jak? Św. Brat Albert Chmielowski stał się skutecznym w swoim oddziaływaniu wobec biedaków nie wtedy, gdy odwiedzał ich w ogrzewalni i chciał pomagać z pozycji „pana Chmielowskiego”, ale wówczas, gdy stał się ich Bratem i zamieszkał pośród nich jako jeden z nich. Nie wszyscy jednak jesteśmy obdarzeni takim charyzmatem. Poszukajmy więc skromniejszych środków, które są w naszej mocy...

Być może chodzi o to, by przy spotkaniach z tymi ludźmi ze względu na ukrytą w nich godność dziecka Bożego potraktować ich jak LUDZI: może oprócz ofiarowanej kromki chleba zapytać o imię i o samopoczucie. To wyzwala energię życia. Potraktować włóczęgę jako człowieka. Uszanować go bardziej niż on siebie samego, choćby był pijany i cuchnący, bo to jest człowiek i aż człowiek.

Szacunek dla człowieczeństwa to sprawa ogromnej wagi, zwłaszcza dziś, gdy często przychodzi nam żyć na granicy dwóch skrajności: z jednej strony źle rozumianego personalizmu, z drugiej zaś pogardy dla człowieczeństwa. Pierwsza z tych skrajności w centrum stawia najniższe potrzeby człowieka, ubóstwiając sferę jego zwierzęcych popędów z pominięciem sfery ducha. W konsekwencji prowadzi do „odczłowieczenia”, a w wychowaniu przyjmuje formę „hodowania” bardziej niż „wychowania”. Ta postawa prowadzi do drugiej skrajności – pogardy dla człowieczeństwa. W praktyce przejawia się ona w traktowaniu człowieka na równi ze zwierzęciem, co sprawia, że niekiedy bardziej rozczulamy się nad bezdomnym psem niż bezdomnym człowiekiem. Szacunek dla człowieczeństwa to fundamentalna postawa i zasada, mająca swoje bardzo dalekie i głębokie implikacje we wszystkich dziedzinach życia (m.in. też we współczesnym podejściu do problemu aborcji czy eutanazji).

Gdyby wczytać się wnikliwie w opis Sądu Ostatecznego w Ewangelii św. Mateusza, to raczej nie wydaje się, aby komukolwiek z nas przy końcu świata Jezus miał postawić pytanie o to, czy napotkany przez nas człowiek był bezdomny z wyboru, czy też nie. Wszystko wskazuje na to, że usłyszymy pytanie o nasze własne życie, o naszą postawę wobec bezdomnego, o szacunek dla niego, pytanie o to, czy umieliśmy w nim rozpoznać zniekształcone oblicze Chrystusa.

Smak człowieczeństwa

Dane mi było odkryć, że w naszym społeczeństwie, o którym mówi się, że panuje w nim znieczulica, istnieje ogromna liczba ludzi o bardzo wrażliwych, otwartych i szczodrych sercach, umiejących spojrzeć „inaczej” na ludzi z marginesu. To z ich pomocą przy kilku naszych placówkach co najmniej dwa razy do roku od kilku lat organizowane są spotkania dla bezdomnych – najczęściej z racji Bożego Narodzenia i Wielkanocy. W programie takich spotkań jest Msza św. z możliwością spowiedzi, czasem krótka inscenizacja w wykonaniu dzieci lub młodzieży, a także spotkanie przy stole – zazwyczaj nakrytym białym obrusem i przyozdobionym. Czasem znajdzie się też gitara. Zdarzyło się, że w jednym z bezdomnych jej dźwięki obudziły dawno uśpiony i zapomniany talent. Na koniec spotkania obdarowani są oni skromnym prowiantem. Na niejednej twarzy widać łzy wzruszenia i radości... Niektórzy mówią: „Szkoła, że znowu musimy wracać na ulicę”. Zdarza się, że na kolejne spotkania

niektórzy przychodzą bardziej zadbani, ogoleni, a nawet wyperfumowani (być może skradzionym kosmetykiem, ale taka potrzeba wskazuje na „krok do przodu”). Może właśnie o to chodzi, aby poczuli, że można inaczej, że przy nakrytym stole smakuje lepiej niż pod mostem, aby na nowo przypomnieli sobie dawno zagubiony smak prawdziwego człowieczeństwa. Znam jednego z nich, któremu udało się zejść z ulicy i prowadzić normalne życie, choć nikt nie rokował mu aż takiej przyszłości. Myślę, że warto podjąć wszelkie wysiłki choćby dla jednej owcy, która odkryje smak innego życia.

Ubodzy panowie

Te spotkania nie tylko są obdarowaniem dla ubogich, ale także wielkim ubogaceniem dla nas. „Ubodzy panowie” przestają być dla nas cuchnącą, bezimienną masą. Wielu z nich znamy po imieniu wraz z częścią historii ich życia. Przychodzą do naszej furty jak do swoich, bez skrępowania i zawstydzienia – a przecież o to chodzi. Gdy spotykają nas na ulicy, mówią: „To są nasze siostry”, a my wiemy, że to „idzie pan Tadzio z panem Grzegorzem”. Nie boimy się, że zginą nam sprzed domu doniczki z kwiatami lub lampki na choince. „Nasze siostry” – ten zwrot na ich ustach ma dla nas większe znaczenie niż na ustach największych dostojników. Potwierdza bowiem naszą tożsamość jako duchaczek – duchowych córek bł. Gwidona, który swoimi „panami” nazywał biedaków, którym służył.

Te spotkania obdarowują jeszcze w inny sposób. Od tych ludzi można się wiele uczyć. Zachęceni, wchodzą do wnętrza kościoła o wiele szybciej i chętniej niż młodzież przygotowująca się do sakramentu bierzmowania. To są ludzie najczęściej bardzo pokorni – ich nie potrzeba przekonywać o ich grzeszności, choć mówienie o nich w kategoriach grzechu jest nadużyciem, bowiem osąd należy do Boga, który jako jedyny dogłębnie zna wnętrze człowieka. Na świecie jest bardzo dużo zła, ale o wiele mniej grzechu... To są ludzie, którzy potrafią myśleć najpierw o innych, potem o sobie; najpierw o kumplu, który jest bardziej głodny lub który bardziej potrzebuje ciepłej odzieży bądź lekarstwa. Ich zachowanie w chwilach rozdawania darów materialnych mogłoby zawstydzić niejedną tzw. kulturalną osobę.

Niezwykle wychowawczą wartość ma angażowanie młodzieży w tego rodzaju akcje. Młodzi uczą się w ten sposób szacunku dla każdego człowieka oraz ewangelicznego patrzenia na ludzką nędzę. Jest to ważne tym

bardziej, iż z doświadczenia wiem, że akcje mające na celu zbiórkę koców dla bezdomnych zwierząt cieszą się większym poparciem i powodzeniem wśród dzieci niż zbiórki żywności czy odzieży dla ludzi bezdomnych. Jest to zjawisko ogromnie niepokojące.

Największa nędza i nieskończona miłość

Zwieńczeniem tych refleksji zrodzonych na kanwie osobistych spotkań i doświadczeń niech będzie fragment książki *Zbrodnia i kara*. Fiodor Dostojewski – wielki pisarz i zarazem człowiek sięgający w swoim życiu moralnego dna, w następujący sposób przedstawia swoje wyobrażenie Sądu Ostatecznego:

I osądzi wszystkich sprawiedliwie. I przebaczy dobrym i złym, wyniosłym i pokornym. A gdy już skończy ze wszystkimi, na on czas przemówi do nas:

– Chodźcie i wy – powie. – Chodźcie i wy pijaniuteńcy, chodźcie słabutcy, chodźcie zasromani.

I my wszyscy przyjdziemy, nie wstydząc się i staniemy przed Nim.

A On powie:

– Świnie jesteście, na obraz i podobieństwo bestii, ale chodźcie i wy też.

Wówczas rzekną mądrzy, rzekną roztropni:

– Panie, przecz dopuszczasz tych oto?

A On powie:

– Dlatego ich dopuszczam, o mądrzy, dlatego ich dopuszczam, o roztropni, że z nich żaden nie poczytywał siebie nigdy za godnego tej łaski.

I wyciągnie ku nam prawicę swoją, a my przypadniemy. I zapłacemy.

I wszystko zrozumiemy. Wtedy zrozumiemy wszystko. I wszyscy zrozumiemy. Panie, przyjdź Królestwo Twoje...

Niech czytelnik sam osądzi, na ile słowa te korespondują ze scenami ewangelicznymi, ukazującymi spotkania największej nędzy ludzkiej z nieskończoną miłosierną miłością w postawie Miłosiernego Ojca oczekującego powrotu Syna Marnotrawnego, Dobrego Pasterza szukającego zagubionej owcy czy Boskiego Lekarza, którego bardziej potrzebują chory niż zdrowi.

s. Otylia Olga Pierożek CSS

Umęczone oblicze Chrystusa kontemplowane i ukazywane w postudze człowiekowi cierpiącemu przez Zgromadzenie Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego

Siostry Kanoniczki Ducha Świętego dzięki inspiracji założyciela bł. Gwidona z Montpellier oddają szczególną cześć Duchowi Świętemu. Starają się kierować Jego darami i otwierać się na Jego natchnienia w ramach formacji zakonnej i w czynnym apostołstwie, zwłaszcza w niesieniu pomocy człowiekowi cierpiącemu czy dziecku odrzuconemu przez najbliższych.

Zgromadzenie od wielu wieków niesie pomoc ludziom chorym i cierpiącym, starając się dostrzec umęczone Oblicze Chrystusa w każdym człowieku.

Do grupy cierpiących oprócz ludzi chorych należą także osoby doświadczane bolesnymi sytuacjami, jak: upośledzenie umysłowe, fizyczne, konflikt w rodzinie, opuszczenie przez rodziców dziecka – zaniedbanie, bezdomność, brak miłości.

Siostry duchaczki, w pracy charytatywnej i wychowawczej, szczególną troską otaczają dzieci i młodzież przeżywającą wielorakie trudności. Młodzi ludzie często pytają: dlaczego cierpienie? Młodzież chce zrozu-

mieć tajemnicę cierpienia, dlatego zastanawia się, czy ból i cierpienie to jest to samo. W mowie potocznej również my używamy tych słów jako synonimów. Tymczasem istnieje dość wyraźna różnica pomiędzy bólem i cierpieniem. Ból może wystąpić po stracie ukochanej matki, z powodu rozwodu rodziców, braku miłości w rodzinie, a cierpienia doznajemy z powodu bólu głowy.

Większość młodych (gimnazjalistów i uczniów szkoły średniej) najczęściej nie potrafi podać, na czym ta różnica polega. Ten, kto cierpi, jest skłonny do stawiania pytań i poszukiwania sensu cierpienia. W doświadczeniu bólu młody człowiek najczęściej milczy. O bólu trudno mówić – ten stan dobrze odzwierciedla określenie „niemy ból”.

Co dzieje się, gdy dziecko czy młody człowiek cierpi? Nie można na to pytanie odpowiedzieć jednoznacznie. Każdy człowiek (młody również) jest inny. Wytrzymałość na ból jest bardzo różna u różnych ludzi. Znoszenie cierpienia też nie przychodzi człowiekowi z łatwością. Cierpienie zmienia strukturę i zabarwienie relacji oraz odniesień do innych ludzi czy rzeczy. Niepokój, zagubienie, zniechęcenie stają się nieodłącznymi towarzyszami człowieka będącego w stanie bólu, cierpiącego. Bywa, że cierpiący wycofuje się z życia, odsuwa się od ludzi, zamyka się w sobie. Świat i człowiek żyjący obok, nawet przyjaciel, zaczyna być postrzegany jako nieprzyjazny, wymagający zbyt dużo, nierozumiejący, a nawet wrogi. Wtedy człowiek znoszący ból, przeżywający cierpienie, często reaguje agresją. Ma pretensje do otoczenia.

Powstaje pytanie, czy można nauczyć kogoś rozumienia cierpienia i ukazać mu sens jego przeżywania? Co zatem oznacza cierpieć dojrzałe? Potrafić cierpieć to wytrzymać z godnością, bez narzekania, bez buntu, agresji to, co nas dotyka. Jest to niewątpliwie trudne zadanie. Wyłumać to zbyt mało. Słowo ma w warunkach trudnych małą moc. Można tylko dać świadectwo! Ja cierpię i tak z Bożą pomocą sobie radzę! Grupy wsparcia, w których osoby dotknięte cierpieniem mogą pomagać sobie nawzajem, pomagają wytrzymać cierpienie, ale też otwierają świat na dobro.

Jan Patočka (1907–1977), czeski filozof powiedział, że świat można zmieniać na lepsze, jeśli podejmiemy solidarność wstrząśniętych, czyli gdy moralną i duchową pomocą obejmiemy tych, którzy cierpią i wejdziemy w ich wspólnotę.

Siostry Kanoniczki Ducha Świętego tak to rozumieją i tak próbują czynić w szkołach, podczas lekcji religii i podczas zajęć pozalekcyjnych. Siostry towarzyszą uczniom w cierpieniu. Są blisko. Kontaktują się

z uczniem bynajmniej nie z jego inicjatywy. Proponują mu zajęcia, by pomóc mu zapomnieć i łatwiej przeżyć trudne chwile. Pragną zapewnić mu poczucie bezpieczeństwa. Ukazują sens cierpienia i pomagają mu to zrozumieć na tyle, na ile w danej chwili jest w stanie to przyjąć.

Skąd bierze się cierpienie? – to pytanie, które często pojawia się na ustach ludzi młodych. Odpowiedź nie jest prosta ani jednoznaczna. Doświadczamy bowiem cierpienia, które spowodowane jest przez człowieka i bez jego udziału.

Pierwszy rodzaj – cierpienie spowodowane przez człowieka, to np. wojna, morderstwo, gwałt, wyzysk – jest to tzw. zło moralne. Ten rodzaj cierpienia jest łatwy do zrozumienia, mimo iż wywołuje oburzenie skierowane pod adresem jego sprawców. Ostatnio też dosyć często mówi się o cierpieniach zwierząt. Młodzież jest bardzo czuła na cierpienia czworonożnych stworzeń. Jest to naturalna reakcja człowieka dająca okazję do przemyśleń na temat sensu i celu życia oraz pomagająca w zrozumieniu i nauce współcierpienia. Siostry wykorzystują to, by nauczyć młodych współczucia dla człowieka i wypracowania w sobie potrzeby współczucia, współcierpienia i pomocy bliźniemu. Uczniowie chętnie korzystają z tzw. zielonych katechez, gdzie hierarchia wartości wyprowadzona jest z Biblii, a ekologia rozumiana jest jako porządek w świecie i wśród ludzi zaplanowany przez Boga. Wiele odpowiedzi młodzi odnajdują, korzystając z rozważań biblijnych, m.in. w Księdze Hioba.

Cierpienie niespodowodane przez ludzi (klęski żywiołowe, choroba, starość – zło naturalne) trudniej wytłumaczyć i zdaje się być jeszcze większą tajemnicą. Zawsze należy podjąć rozważania na ten temat, nawet jeśli dochodzi się do momentu, gdy stajemy bezradni i nie potrafimy dalej odpowiedzieć. Niekiedy zło naturalne i zło moralne występują razem – trzęsienie ziemi i wyzysk przy odbudowie zburzonych domów, pożar mieszkania i kradzież ratowanego dobytku.

Młodzież pyta także: czy cierpienie jest spowodowane przez grzech? Nie jest to pytanie ani nowe, ani dziwne. Przecież Pan Jezus też usłyszał je od swoich uczniów. Kto zgrzeszył – on czy jego rodzice?

Wygląda to tak: Bóg chce dla człowieka dobra, ale daje mu możliwość wyboru. Niestety człowiek często wybiera zło. Jeden zły wybór pociąga za sobą inny zły wybór, za tym idą konsekwencje.

Człowiek jest uwikłany w zło w wyniku grzechu pierworodnego (św. Paweł, św. Augustyn z Hippony, św. Tomasz z Akwinu). Dzieje się tak dlatego, że zostało uszkodzone to, co było doskonałe na początku. Jednak (jak podaje współczesna nauka) niektóre rzeczy, które są złem natural-

nym, wydają się konieczne, by świat mógł istnieć. Zatem zło, cierpienie, pomyłka dopuszczona przez Boga, niezawiniona staje się drogą ku większemu dobru. Warunek jest jeden – właściwe podejście do cierpienia, bez buntu, możliwie z dziękczynieniem Bogu za doświadczenie i z prośbą o pomoc do godnego przeżycia tegoż.

Młodzież ciągle pyta: dlaczego Bóg nie uczynił czegoś, by położyć kres złu naturalnemu? Jeśli Bóg nas tak bardzo kocha, to dlaczego częściej nie interweniuje, niosąc pomoc tym, którzy cierpią niewinnie? Wyjaśnia się: Bóg wie o cierpieniu w świecie, ale gdyby ingerował w sposób bezpośredni, musiałby zawiesić pewne prawa, np. fizyki, a ludzie straciliby wolność. Młodzi są czuli na wolność, niezależnie od tego, jak ją rozumieją. Ukazuje się uczniom, że Bóg działa też przez ręce lekarzy, którzy pomagają cierpiącym (modlitwa i wiara w cud uzdrowienia).

Czy ból i cierpienie mogą mieć wartość, sens? To kolejne pytanie, jakie zadaje młodzież.

Młodzieży wyjaśnia się, że ból alarmuje organizm o stanie zagrożenia. Młodzież rozumie taki stan rzeczy, lubi dochodzić do zrozumienia wielkich rzeczywistości.

Wyjaśnia się również, że wrażliwość na ból jest niezwykle ważnym instrumentem naszego otwarcia się na rzeczywistość. Dla uformowania dojrzałego podejścia do problemu cierpienia wyjaśnia się, że ból może stanowić ludzką drogę do doskonałości (zmęczenie codzienną pracą). Jednak nie każde cierpienie i nie każdego uszlachetnia. Zależy to od wytrzymałości i sposobu podejścia do cierpienia.

Zwraca się również uwagę i na dyskomfort psychiczny, który może zachęcić nas do wykonania rzeczy, których byśmy się w normalnym stanie nie podjęli. Na przykład niepokój z powodu niewykonanej pracy, niepokój o bliźnich może zmusić nas do niesienia im pomocy, niepokój o kolegę, który nie radzi sobie w szkole, zmusi nas do pomocy mu w nauce. Takie prawdy też muszą być młodym uświadomione. Są to zagadnienia bardzo trudne, ale młodzież je przyjmie pod warunkiem, że siostry będą miały dobry kontakt z uczniami. Jest to działalność priorytetowa w wychowaniu młodych, potrzebujących ludzi, zapewniająca skuteczne wychowanie.

Chrześcijanin nie tylko powinien przyjąć swój krzyż i nieść go z Panem Jezusem, ale też powinien zwalczać cierpienie. Bóg nie działa spektakularnie, nie zamienia automatycznie bólu w radość, ukazuje natomiast najgłębszy sens zmagania, dzięki którym biologiczny ból ukazuje swą rolę kulturotwórczą, stając się składnikiem ekologii ludzkiej, którą łatwo zde-

wastować działaniem pozbawionym odniesień do wartości moralnych i kryteriów sensu.

Przyszłość ewolucji nie zależy od wielkich działań na szczeblu unijnym czy światowym (to też jest ważne), ale od działania każdego pojedynczego człowieka i zespolenia naszych działań z zamysłem Bożym.

Zwróćmy uwagę na kilka tekstów ewangelicznych, które czyta się i rozważa z młodzieżą, zapoznaje się z nimi, czyni refleksje na ich podstawie. Św. Jan opowiada w Ewangelii, jak Jezus spotkał człowieka ślepego od urodzenia. Uczniowie pytali Jezusa, z jakiego powodu on cierpi: czy pokutuje za swoje grzechy, czy też zgrzeszyli jego rodzice. Jezus im odpowiedział: „Ani on nie zgrzeszył, ani rodzice jego, ale stało się tak, aby się na nim objawiły sprawy Boże” (J 9,3).

W tajemnicy cierpienia uczestniczy całe stworzenie, o czym pisał św. Paweł w Liście do Rzymian: „Sądzę bowiem, że cierpienie terażniejszych nie można stawiać na równi z chwałą, która ma się w nas objawić. (...) Wiemy przecież, że całe stworzenie aż dotąd jęczy i wzdycha w bólach rodzenia” (Rz 8,18–22).

Chrześcijaństwo naucza, że w cierpieniu mogą tkwić wartości duchowe. Najważniejsze ze wszystkich cierpień są cierpienia Jezusa na krzyżu. Jezus uczestniczy w sytuacji egzystencjalnej człowieka. Wiemy, że przez mękę i śmierć dochodzimy do zmartwychwstania. Nie możemy więc stracić z oczu Umęczonego Oblicza Chrystusa. To na młodzieży robi duże wrażenie.

W Księdze Apokalipsy czytamy: „Oto przybytek Boga z ludźmi: i zamieszka wraz z nimi i będą oni Jego ludem, a On będzie BOGIEM Z NI-MI. I otrze z ich oczu wszelką łzę, a śmierci już odtąd nie będzie. „Ani żaloby, ni krzyku, ni trudu już nie będzie, bo pierwsze rzeczy przeminęły” (Ap 21,1–4).

Siostra duchaczka, mówiąc uczniom o Obliczu Pana Jezusa, winna sama pamiętać o tej Tajemnicy i Nią żyć. Konstytucje Zgromadzenia, w rozdziale o duchowości, mówią: „Tajemnica uwielbienia Jezusa cierpiącego w człowieku wyraża się, w naszym Zgromadzeniu, także w kulcie Najświętszego Oblicza Umęczonego Zbawiciela, przez którego Bóg objawił Swoje wielkie miłosierdzie” (p. 9) oraz przypominają, że: „Kontemplacja tajemnicy miłości objawionej w Chrystusie ma być treścią naszego życia” (p. 8).

Kontemplacja Oblicza Umęczonego Chrystusa ma pomagać każdej siostrze dostrzegać w człowieku Jego Oblicze. On zaś utożsamia się z każdym człowiekiem, mówiąc: „byłem głodny, spragniony, nagi, chory...”

(Mt 25, 34–40). Ta prawda ewangeliczna jest istotą charyzmatu zgromadzenia pochodzącego od bł. Gwidona z Montpellier.

Oblicze Chrystusa należy dostrzegać, kontemplować w ubogich „panach naszych” i im służyć, jak samemu Chrystusowi (uczeń jest jednym z nich). Do zrozumienia i wyznawania tej prawdy uzdalnia Duch Święty. Mamy wyznawać wiarę w obecność Jezusa w człowieku. Jest to wiara w zbawczą wartość cierpienia złączonego z krzyżem Chrystusa i cześć oddana Jezusowi przez czyny miłosierdzia. Tę prawdę siostry duchaczki wyrażają również w znaku, który noszą na piersiach. Jest to podwójny krzyż, w którym krzyż człowieka (nasz krzyż) złączony ściśle z krzyżem Chrystusa. Wtedy cierpienie ma sens i stajemy się zdolni do godnego dźwigania krzyża. Jeśli poddamy się Duchowi Świętemu, to poznamy, że „ubogim panem naszym” jest nie tylko bezdomny, cierpiący w szpitalu, dziecko opuszczone przez matkę, pukający do furty, by otrzymać kromkę chleba. Słowem: każdy człowiek. Wszyscy jesteśmy dla siebie „ubogimi panami”, w których mieszka Chrystus. Ta prawda przekazywana jest na katechezie, podczas spotkań z młodzieżą, z dorosłymi, w szkole, w przedszkolu, w szpitalu, w tramwaju, na ulicy – wszędzie, gdzie siostra spotyka się z drugim człowiekiem.

Marek Kita

Słabość Wszechmocnego. Medytacja teologiczna

Wprowadzenie

Pytanie o to, jak godzić doświadczenie niezawinionego cierpienia z myślą o dobrym i wszechmocnym Bogu, jest być może najstraszliwszą kwestią, z jaką przychodzi się mierzyć monoteiście – a tym bardziej chrześcijaninowi. Jeżeli nasze losy nie są wynikiem gry ślepych sił kosmosu ani kaprysów ambiwalentnych moralnie bóstw, lecz zgodnie z Objawieniem spoczywają w ręku doskonałego Ojca z nieba, to co należy myśleć o nieszczęściach, które spadają na małe dzieci oraz niewadzących nikomu, uczciwych, bogobojnych ludzi?

Kielich gorzkiego losu

Problem bolesnych doświadczeń spotykających niewinnego podejmuje, jak wiadomo, starotestamentowa Księga Hioba. W nieco mitologicznej scenerii „targów” szatana-oskarżyciela (a przy tym również prowokatora) z Bogiem, będącym jednocześnie (rzecz warta podkreślenia) adwokatem i sędzią człowieka, wydaje się mimo wszystko powracać intuicja, w myśl której ten ostatni byłby w sumie igraszką potężniejszych od niego sił, wobec czego jedy-

nym właściwym rozwiązaniem w chwili próby okazywałaby się stoicka cierpliwość w obliczu niezbadanych wyroków Wszchemogącego. Natomiast trudne doświadczenia miałyby zasadniczo charakter próby wierności. Stawianie niebu przez samego zainteresowanego dramatycznych pytań nie prowadzi do klarownego wyjaśnienia Boskich motywów, jakkolwiek zapisana w Księdze odpowiedź Stwórcy zdecydowanie potwierdza przynajmniej przeświadczenie Hioba, że spadające na niego nieszczęścia nie stanowiły kary za grzechy. Występujący w tekście obrońcy dobrego imienia Boga, którzy koniecznie chcieli wmówić cierpiącemu jakąś winę, słyszą stwierdzenie Pana: „Nie mówiliście o Mnie prawdy” (Hi 42, 7).

Trzeba jednak zaznaczyć, że po wysłuchaniu Boskiej mowy na temat wielości spraw przewyższających ludzkie pojmowanie, a podlegających mocy Niepojętego, Hiob czuje się pocieszony. Choć nie otrzymał bezpośredniej odpowiedzi na swe pytania, znajduje spokój w świadomości, iż Najwyższy przemówił, że zna jego los, oraz... że najwyraźniej wie, co robi. Ufność co do istnienia niedostępnego człowiekowi, lecz rozumnego planu obejmującego powikłaną sieć wydarzeń, koi serce, nawet jeśli nie satysfakcjonuje umysłu. Natchniona mądrość biblijnej opowieści podpowiada z jednej strony pełne „bojaźni” – głębokiego respektu – pogodzenie się z doświadczeniami, z drugiej strony jednak nie potępia jednoznacznie „wadzenia się z Bogiem”. Fakt, iż Najwyższy cierpliwie przemówił, choć niczego nie wytłumaczył, pozwala żywić nadzieję, że wciąż warto Go pytać. Wołanie Hioba podejmie w Nowym Testamencie Chrystus. Jego pełne napięcia „Czemu?!” (por. Mt 27, 46) rozbrzmiewa w ciemnościach Męki, skutecznie zakrywających oblicze Ojca troszczącego się o maluczkich, wróble i polne kwiaty. Wybrzmiewa ono donośnie, mimo iż wcześniej padły przeciw słowa: „Niech się stanie” (Mt 26, 42) w odniesieniu do spodziewanego kielicha goryczy.

Chrystus, nazwany w Ewangelii Słowem (por. J 1, 1), jest sam w sobie Wypowiedzią Ojca. Przez Niego Bóg przemówił do nas w historii w sposób ostateczny (por. Hbr 1, 2), On też w pełni wyraża w wieczności to, kim jest niebiański Ojciec – pozostaje „odbiciem Jego istoty” (Hbr 1, 3). Studiowanie Chrystusa, „czytanie Go”¹, oznacza wnikanie w objawiony nam przez Boga sens naszego życia i dziejów całego kosmosu, a zarazem lektura tego żywego Słowa, zwłaszcza w kontekście Pasji, pozwala odkryć szczególny sekret Ojca „trwającego w ukryciu” (por. Mt 6, 6).

¹ Por. Jan Paweł II, List Apostolski *Rosarium Virginis Mariae*, 14.

Sens rozpięty na krzyżu

Odczytując ów sens i ów sekret, zauważmy najpierw, że Chrystus – Syn Boży w gruncie rzeczy nie wyjaśnia cierpienia, jakkolwiek w zupełnie wyjątkowy sposób je *rozjaśnia*. Uczy „brać swój krzyż” (Mt 16, 24) i sam bierze własny, nie tłumacząc bynajmniej, dlaczego najlepszy Ojciec nie znalazł innego sposobu na zniwelowanie mocy zła i czemu droga do nieba nie może być łatwiejsza. Pomimo to dowiadujemy się przynajmniej tyle, że Bóg nie przygląda się beznamiętnie ludzkiemu cierpieniu. Owo „przynajmniej” kryje zaś w sobie porażające radykalizmem „aż”. Dramat krzyża, na którym zawisł Jednorodzony, staje się dramatem autentycznego rozdarcia wewnątrz samego Boga², a ten paradoksalny fakt sprawia, że Najwyższy osobiście zna smak cierpienia. Bolesny okrzyk Ukrzyżowanego: „Czemuś Mnie opuścił?!” (Mt 27, 46) przesywa mrok Męki niczym błyskawica sensu. Bóg został opuszczony przez Boga. Ojciec pogrzyżył umiłowanego Syna w beznadziei, żeby stanowił światło również na jej dnie³. Ostatnim słowem Boga w odpowiedzi na wołanie stworzeń przygniecionych ciężkim losem nie jest zatem wymaganie ślepej lojalności i milczącej akceptacji dopustów „z góry”, gdyż Wszchemoc pokrywająca się z Mądrością i Miłością zapragnęła „niejako usprawiedliwić się wobec dziejów człowieka”⁴. Boską reakcją na cierpienia stworzeń okazuje się bezgraniczna solidarność, zaś Jego wszchemoc w kontekście tychże cierpień objawia się konsekwentnie jako „wszchemoc uniżenia przez krzyż”⁵.

Rozmyślanie o Bogu w perspektywie *theologia crucis* – zakładającej, że „w krzyżu Bóg skrywa się najgłębiej”, a zarazem „w tym najgłębszym ukryciu objawia się najpełniej”⁶ – pozwala w rezultacie zrewidować potoczne, nawet w obrębie pobożności chrześcijańskiej, postrzeganie Boga Ojca jako w pewnym sensie „zarządzającego” ludzkimi cierpieniami i z wysokości niebiańskiego tronu „zsyłającego nam krzyże”. Takie właśnie pojmowanie sprawy „Boskich dopustów”, choć pomaga wstępnie od-

² Por. D. Kowalczyk, *Bóg w piekle. Dwanaście wykładów o trudnych sprawach wiary*, Warszawa 2001, s. 72–73.

³ Por. M. Kita, *Śmierć na krzyżu*, [w:] *idem, Różaniec – kontemplacja dla każdego*, Częstochowa 2008, s. 54.

⁴ Jan Paweł II, *Przekroczyć próg nadziei*, Lublin 1994, s. 63.

⁵ Zob. *ibidem*.

⁶ Zob. S.C. Napiórkowski, *Jak uprawiać teologię*, Wrocław 2002, s. 48.

należć się na ścieżce „bojaźni Bożej”, wymaga jeszcze oczyszczenia. Refleksja nad przyprawiającym o zawrót głowy misterium Pasji prowadzi raczej do odkrycia, iż skrywający się w nocy cierpienia Ojciec absolutnie nie godzi się ze złem, lecz tuląc do serca obolałe dziecko, przechodzi przez „ciemną dolinę” (Ps 23, 4) razem z nim⁷.

Kolejne odsłony prawdy

Postulat rewizji przekonania o cierpieniu jako woli Bożej w pierwszym momencie zaskakuje tradycyjnie uformowanego wiernego. Wydaje się wręcz kłócić z ortodoksją. Wyobrażenie Boga „próbującego nas niczym złoto w ogniu” (por. 1 P 1, 7) spotykamy przecież w samej Biblii i stąd właśnie wzięło się ono w naszym chrześcijańskim myśleniu o tajemnicy cierpienia. Sprawiedliwy Hiob powiada: „Dobro przyjęliśmy z ręki Boga. Czemu zła przyjąć nie możemy?” (Hi 2, 10). W proroctwie zapowiadającym Mesjasza przychodzącego w charakterze Męża Boleści czytamy zdanie: „Spodobało się Panu zmiażdżyć Go cierpieniem” (Iz 53, 10). W świetle tego rodzaju wypowiedzi kwestionowanie twierdzenia, że to Bóg „zsyła nam krzyże” zakrawa na niemal oczywistą herezję. Przywiązanie do wizji Ojca podającego Synowi „kielich gorzkiej męki” świadczy zresztą o przyswojeniu naprawdę istotnej lekcji objawionej mądrości.

Musimy jednak pamiętać o specyfice języka Biblii i Bożej pedagogii. Objawiając się ludziom, Stwórca odsłania swe oblicze stopniowo, stosownie do możliwości pojmowania prawdy o Nim w konkretnej sytuacji historycznej i egzystencjalnej. Łaska prawdy nie niszczy naturalnych uwarunkowań ludzkiej myśli, nawet jeśli pozwala je przekraczać. Biblia stanowi zapis kolejnych odkryć, refleksów Boskiego światła przepuszczonego przez pryzmat świadomości konkretnych odbiorców i przekazicieli Objawienia – pod sprawowaną tajemniczo, lecz skutecznie opieką Ducha Świętego (zwaną natchnieniem). Nie przeszkadza ona bynajmniej odcisnięciu na świętych tekstach piętna umysłowości ich ludzkich autorów. Biblijna wizja Boga, mimo iż od samego początku przez Niego inspirowana, dojrzewa w kolejnych odsłonach tajemnicy. Sformułowania stopniowo nabierają precyzji. Oto Psalmista w natchnieniu złorzeczy swym nieprzyjaciołom, gdyż rozpoznaje w nich wrogów Boga, a nie potrafi jeszcze dokonać rozróżnienia między grzechem i grzesznikiem. Skomponowane przez niego wersety sta-

⁷ Por. M. Kita, *Wszystko jest w dobrych rękach*, „Znak” 2008, nr 632 (1), s. 14.

ną się częścią dziedzictwa chrześcijan, którym powiedziano: „Błogosławcie, a nie złorzeczcie” (Rz 12, 14).

Biblijne wypowiedzi o przyjmowaniu zła, bólu i cierpienia z Bożej ręki uczą, że nic, co nas spotyka, nie wymknęło się spod kontroli Wszchemocnego. Podobny sens miało szokujące w swym dosłownym brzmieniu sformułowanie z Księgi Wyjścia, gdzie mowa o Bogu, który czyni upartym serce faraona (Wj 4, 21). Dojrzała świadomość wierzącego zdaje sobie sprawę, że Bóg nie skłania nikogo do grzechu (por. Jk 1, 13). Starożytni autorzy chcieli jednak przede wszystkim zaznaczyć, iż możliwość upierania się grzesznika przy swoim została przez Boga dopuszczona, że Pan toleruje ów upór i uwzględnia go w swych planach czynienia ludziom dobra (co nie znaczy, że go faktycznie chce)⁸. Podobnie przyjmowanie „kielicha cierpienia” z ręki niebiańskiego Ojca oznacza raczej, iż Bóg kładzie swoją miłosierną dłoń na cierpieniu nie od Niego pochodzącym. Nawet w ujęciu Księgi Hioba tym, który dotyka człowieka cierpieniem, jest w gruncie rzeczy szatan (por. Hi 1, 12; 2, 6–7).

Bóg nie zsyła zła

Wracając zatem do dramatycznej modlitwy Jezusa w Ogrodzie Oliwnym i rozważając słowa dotyczące oddalenia kielicha Męki, wraz z towarzyszącym im zastrzeżeniem: „Wszakże nie jak Ja chcę, ale jak Ty” (Mt 26, 39), możemy spytać, co w istocie stanowiło wolę Ojca, mającą się ostatecznie spełnić? Czy w sytuacji wiszącego nad Synem zagrożenia ze strony ludzi wolą Boga była Jego śmierć w męczarniach, czy też wytrwała miłość do każdego i wszystkich aż po krzyż – na który to my skazaliśmy Posłańca Miłosierdzia?⁹ Ojciec, który chce „raczej miłosierdzia, niż ofiary” (Mt 12, 7), nie znajdował upodobania w torturach, jakim poddano Jego Umiłowanego, lecz w wiernym świadectwie serca otwartego na Judasza, arcykapłanów, Piłata, żołnierzy i wrogi tłum. Przypieczętowaniem tego świadectwa stało się otwarcie włócznią fizycznego serca Jezusa (por. J 19, 34). Wolą Ojca, heroicznie wypełnioną, było więc przyjazne wyjście Zbawiciela naprzeciw światu, mimo wzbierającej ze strony tego świata wrogości sprawiającej, że w końcu nie dało się uniknąć katastrofy. Bara-

⁸ Notabene przyjęty w Księdze Wyjścia sposób mówienia o tolerowanej i uwzględnianej w Boskich planach zatwardziałości człowieka znajdujemy także na kartach Listu do Rzymian, w rozdziałach 9–11.

⁹ Por. M. Kita, *Modlitwa w Getsemani*, [w:] *idem, Różaniec...*, op. cit., s. 46.

nek nie wchodzi bezkarnie między wilki. Zstąpienie Chrystusa w „ciemną dolinę” śmierci stanowiło zejście w ślad za człowiekiem na samo dno jego upadku¹⁰. Miłość pograżyła się w otchłań i odnalazła nas w niej (por. Ps 139, 8). Krew Jezusa zbawia nie dlatego, że jest po prostu przelana, lecz dlatego, że On przelał ją, kochając.

Męka Syna nie była pomysłem Ojca, lecz kiedy szatan zabójca (por. J 8, 44) skłonił ludzi do jej urzeczywistnienia, Ojciec ujął w swe ręce gorzki kielich. Dlatego Jezus w objęciach śmierci mógł się powierzyć Jego dłoniom (por. Łk 23, 46). Ojciec podzielał także ból wyrażony w okrzyku: „Czemuś Mnie opuścił?!” – skarga udręczonego Syna nie mogła nie wywołać echa w Jego sercu. Wspomniane wyżej rozdarcie, wynikłe z Jezusowego „zejścia do piekieł”¹¹, stanowiło dramat Ojca, Syna i Ducha. Duch, mający udział w synowskim ofiarowaniu (por. Hbr 9, 14), doznaje zasmucenia każdą profanacją daru łaski (por. Ef 4, 30). Miłość nie pozostaje niewzruszona wobec zranienia Umiłowanego, nie dysponuje też złem, lecz się z nim zмага. Dzieje się tak w przypadku wszystkich trudnych ludzkich doświadczeń. Bóg nie jest autorem naszych cierpień ani ich dla nas nie planuje, ale gdy się pojawią w wyniku wolnych decyzji stworzeń – zaburzających ustaloną przez Stwórcę harmonię wszechrzeczy¹² – bierze je na siebie i niesie wraz z nami. Pewien chrześcijański myśliciel mówi o tym w następujący sposób: „Zło istnieje na świecie wbrew Bogu i mimo Boga, gdyż ten świat nie jest tym, którego chce Bóg. Zło nigdy nie ma początku w Bogu. On nie tylko zawsze stoi po stronie ofiar, ale jest pierwszą ofiarą zła”¹³.

¹⁰ Por. *ibidem*.

¹¹ Związek okrzyku: „Czemuś Mnie opuścił?!” z tajemnicą zstąpienia Chrystusa do piekieł, a także doświadczenia i przezwyciężenia przez Ukrzyżowanego „infernálnego” charakteru wyobcowania człowieka w sytuacji śmierci, omówił J. Ratzinger w pracy *Wprowadzenie w chrześcijaństwo*, tłum. Z. Włodkowska, Kraków 1994, s. 291–295.

¹² Choć w obecnej sytuacji świata natury, z jego klęskami żywiołowymi i drapieżnikami, trudno sobie wyobrazić, jak miałyby wyglądać idealna postać takiej harmonii – i chociaż trudno brać całkiem dosłownie biblijne obrazy rajskiej idylli z Rdz 1, 28–30, oraz eschatologicznego pokoju z Iz 11, 6–9, to jednak natchnione teksty sugerują, że również przejawy zła „kosmicznego” mają źródło w grzechu szatana i ludzi. Niosą one przekaz o „poddaniu marność” całej przyrody wskutek upadku człowieka oraz jej oczekiwaniu na ostateczne „wyzwolenie z niewoli zepsucia” (zob. Rz 8, 19–22).

¹³ M. Zundel, *Bóg nie jest winny złu*, [w:] J. Kammerer, *100 modlitw w chorobie i cierpieniu*, tłum. M. Foss-Kita, Kraków 2008, s. 109.

Trzyma nas zraniona ręka

Tak więc, choć nie podano nam powodu, dla którego Bóg toleruje zło wynikłe z nadużycia wolności przez szatana oraz ludzi – jakkolwiek możemy próbować się domyślać, że Jego cierpliwość ma związek z poszanowaniem wolności stworzeń i konsekwentnym szacunkiem dla raz ustalonych reguł funkcjonowania świata, warunkujących wspomnianą wolność¹⁴, dowiadujemy się, że nie spogląda on na owo zło z wyżyn swej Boskiej nietykalności, lecz pozostaje dogłębnie zaangażowany w ludzkie zmaganie z wywołanym przez nie cierpieniem. Nasze losy spoczywają w ręku Ojca Wszchemładnego (*Pantokrator*) – tak należałoby dokładnie tłumaczyć sformułowanie z uroczystego mszalnego *Credo* – a tytuł ten wyraża „napięcie między absolutną potęgą i absolutną miłością”¹⁵. Przy tym miłość zawsze wiąże się ze swego rodzaju bezbronnością, ryzykiem odrzucenia, dobrowolnie przyjętą podatnością na zranienie, a podana ludziom Boska Prawica¹⁶ przyjmuje postać Syna, „którego przebodli” (por. J 19, 37). Wszchemładny i wszchemocny trzyma nas przebitą ręką i chłonie przez nią cały nasz ból.

Słabość Wszchemocnego, jedyne, którego na nią stać¹⁷, Jego bezgraniczna empatia w stosunku do stworzeń aż po realne uczestnictwo w naszym utrapieniu (por. Ps 91, 15)¹⁸ umożliwia komunię z Nim w przyjęciu cierpień – choć to nie Bóg je nam zgotował. Spojrzenie z wiarą na krzyż daje wgląd w niezwykle sekret, otwiera możliwość prze-

¹⁴ Por. refleksję C.S. Lewisa: „Ustalone prawa, konsekwencje przypadkowych konieczności, cały naturalny porządek – stanowią granice, w których zamyka się wspólne życie, a zarazem warunek, w którym takie życie w ogóle jest możliwe. Spróbujcie wykluczyć możliwość cierpienia, które wiąże się ściśle z porządkiem naturalnym i wolną wolą, a zobaczycie, że wykluczycie życie samo w sobie. (...) Wraz z postępem naszej myśli jedność aktu stwórczego i niemożliwość manipulowania stworzeniem, jak gdyby można było usunąć ten czy ów jego element, staje się coraz bardziej oczywista” (C.S. Lewis, *Problem cierpienia*, tłum. T. Szafrński, Katowice 1996, s. 31–32).

¹⁵ Zob. J. Ratzinger, *Wprowadzenie w chrześcijaństwo*, *op. cit.*, s. 137.

¹⁶ Istnieje piękne wyrażenie św. Ireneusza, zgodnie z którym Syn Boży i Duch Święty stanowią „ręce” Boga stwarzającego i kształtującego świat. Zob. J.N.D. Kelly, *Początki doktryny chrześcijańskiej*, tłum. J. Mrukówna, Warszawa 1988, s. 87.

¹⁷ „Najwyższa potęga w tym się wyraża, iż może ze spokojem poddać się innej potędze; że jej potęga nie opiera się na przemocy, jest samą wolnością miłości, która nawet gdy zostanie odrzucona, mocniejsza jest od wiodącej prym ziemskiej przemocy” (J. Ratzinger, *op. cit.*, s. 138).

¹⁸ Boskie współuczestnictwo w bólu stworzenia akcentuje też (i to nie znając doktryny o Boskim wcieleniu) tradycja żydowska. Por. B. Sherwin, *Duchowe dziedzictwo Żydów polskich*, tłum. W. Chrostowski, Warszawa 1995, s. 100–101.

życia niemożliwej do racjonalnego wyartykułowania odpowiedzi na pytanie o sens cierpienia. Bóg nie usunął go z naszego życia, lecz wypełnił swoją obecnością¹⁹. Jeśli zaś wszedł dogłębnie w naszą słabość i uczynił ją własną, to w naszej słabości zamieszkała też Jego warunkująca absolutną empatię wszechmoc, zdolna wszystko wytrzymać, przetrzymać i przezwyciężyć. Przeżywając naszą słabość w komunii z Nim, zaczynamy uczestniczyć w Jego mocy. „Moc w słabości się doskonali” (2 Kor 12, 9). W końcu zaś umierając we wspólnocie z Bogiem, wkraczamy w zmarłychwstanie i życie, którym jest On sam (por. J 11, 25).

Pytanie o Boga na dnie ludzkiego cierpienia nie nadaje się do akademickiego roztrząsania. Rozbrzmiewa zawsze w ciemności, w przeraźliwej słabości rozumu i serca. Nie należy odbierać mu radykalizmu, tłumić jego pozornej beczelności. Gdy w pokorze pozwolimy, by szczerze wybrzmiało, usłyszymy być może, że nikt nie woła sam. Krzyczymy z bólu razem z Jezusem, w Jego Duchu, w łonie miłości Ojca. W naszym cierpieniu Bóg jest dokładnie tam, gdzie my. On zawsze jest po naszej stronie.

Bibliografia

- Jan Paweł II, *Przekroczyć próg nadziei*, Lublin 1994.
- Jan Paweł II, List Apostolski *Rosarium Virginis Mariae*, Kraków 2002.
- Kammerer J., *100 modlitw w chorobie i cierpieniu*, tłum. M. Foss-Kita, Kraków 2008.
- Kelly J.N.D., *Początki doktryny chrześcijańskiej*, tłum. J. Mrukówna, Warszawa 1988.
- Kita M., *Różaniec – kontemplacja dla każdego*, Częstochowa 2008.
- Kita M., *Wszystko jest w dobrych rękach*, „Znak” 2008, nr 632 (1), s. 12–15.
- Kowalczyk D., *Bóg w piekle. Dwanaście wykładów o trudnych sprawach wiary*, Warszawa 2001.
- Lewis C.S., *Problem cierpienia*, tłum. T. Szafrński, Katowice 1996.
- Napiórkowski S.C., *Jak uprawiać teologię*, Wrocław 2002.
- Ratzinger J., *Wprowadzenie w chrześcijaństwo*, tłum. Z. Włodkowa, Kraków 1994.
- Sherwin B., *Duchowe dziedzictwo Żydów polskich*, tłum. W. Chrostowski, Warszawa 1995.

¹⁹ Por. P. Claudel, *List do Zuzanny Fouché*, [w:] J. Kammerer, *100 modlitw w chorobie i cierpieniu*, op. cit., s. 107.

Krzysztof Gerc

*Z jakąż beztrząską traktujemy cierpienia innych.
A przecież wybór osób jest tylko przypadkowy.*
Stefan Kisielewski

Doświadczenie przemijania i śmierci w perspektywie psychologicznej

Wprowadzenie

Lęk przed przemijaniem i śmiercią zaliczany jest do najbardziej pierwotnych przeżyć w świecie ożywionym. „Człowiek jest jedynym stworzeniem mającym świadomość śmierci”¹. Prawda ta, dostrzeżona przez Woltera, stała się podstawą pogłębionej analizy u K. Jaspersa, który zauważył, iż „świadomość wyłącznie witalna nie zna śmierci. Dopiero wiedza o śmierci czyni ją dla nas rzeczywistą. Następnie staje się sytuacją graniczną: ludzie, których najbardziej kocham, i ja sam, skończymy się jako istniejący. Odpowiedzi na sytuację graniczną żąda świadomość istnienia mojej egzystencji”². Przemijanie i śmierć nabierają szczególnego znaczenia, ponieważ lęk przed tymi faktami opiera się nie na realnym przeżyciu własnej śmierci, lecz na doświadczanym prawdopodobieństwie jej nastąpienia. Z tego też powodu lęk przed śmiercią uznawany jest za powszechny i nieuchronny³.

¹ *Wypisy z ksiąg filozoficznych o życiu, o śmierci*, red. T. Gadacz, Kraków 1995, s. 104.

² *Ibidem*, s. 119.

³ Por. J. Makselon, *Lęk wobec śmierci*, Kraków 1988.

Wydaje się, że ten wywód, wprowadzający w temat niniejszej pracy, dostatecznie uzasadnia fakt, dlaczego kwestia przemijania i śmierci znajduje tak ważne miejsce wśród rozważań przedstawicieli różnorodnych dyscyplin naukowych, w tym psychologii.

Fenomenologiczno-egzystencjalna koncepcja lęku przed przemijaniem i śmiercią oraz jej psychologiczne implikacje

W aspekcie psychologicznym człowiek nieustannie czuje się zagrożony możliwością nieistnienia, stąd lęku przed przemijaniem i śmiercią nie jest w stanie się pozbyć, pomimo przywoływania licznych argumentów przekonujących o braku sensu lękania się śmierci.

Poruszanie tematyki przemijania niemal nieodłącznie wiąże się z dostrzeżeniem – mniej lub bardziej precyzyjnie – zagadnienia cierpienia. Jak zauważa bowiem K. Jaspers, „strach przed umieraniem, to strach przed cielesnym cierpieniem”⁴, i choć – jak dostrzeża ów filozof, egzystencjaliści – cierpienie wynikające z męki choroby można wyeliminować dzięki farmakologii, to jednak nikt nie osłabi lęku przed „byciem umarłym”⁵.

Mogłoby się wydawać, że wobec faktu zakończenia życia w wyobrażalnej dla nas formie i realnej (ponieważ poznanej do pewnego stopnia) czasoprzestrzeni, cierpienie fizyczne czy psychiczne nie ma większego znaczenia, gdyż też stanowi część tego, co znane. Kwestia cierpienia zasługuje jednak na nie mniejszą uwagę. Jeśli przyjmujemy bowiem, że śmierć jest doświadczeniem indywidualnym (tak jak każdy na własny sposób przeżywa smutek po stracie), zatem stanowi także sytuację graniczną i tym bardziej pilne wydaje się podjęcie refleksji nad możliwymi sposobami wsparcia człowieka w jego zmaganiu się z cierpieniem i myśleniem o śmierci. Pomocy nie tyle w wyjaśnieniu cierpienia, ile we współbyciu z człowiekiem cierpiącym, czy jak pisze H. Sławiński, nawiązując do refleksji J. Makselona, w przechodzeniu od pytania: „dlaczego cierpienie” do pytania: „po co cierpienie”⁶.

Odpowiedź na pytanie „dla kogo?” czy „dla czego?” cierpię, a nie „dlaczego?” istotnie przekształca perspektywę refleksji nad cierpieniem. Py-

⁴ K. Jaspers, *Kleine Schule des philosophischen Denkens*, München 1965, s. 158–168.

⁵ *Ibidem*.

⁶ H. Sławiński, *Ambiwalentne postawy człowieka wobec cierpienia*, „Studia Wrocławskie” 2007, nr 10, s. 220.

tając: „dlaczego cierpieć?”, szukam przyczyny lub zespołu przyczyn. Ze względu na tajemnicę cierpienia jest to pytanie retoryczne. Natomiast pytanie, dla kogo czy dla czego podejmować cierpienie, zwraca uwagę na funkcję cierpienia w rozwoju człowieka⁷.

Jan Paweł II kwestię cierpienia nazwał nawet ogólnoludzkim tematem, który „stale i wciąż na nowo domaga się podjęcia”⁸. J. Makselon uważa w tym kontekście, iż nader często pojęcia cierpienia i przemijania utożsamiamy z chorobą i bólem w wymiarze fizycznym, pomijając ich aspekt psychologiczny czy duchowy⁹.

Warto dostrzec, iż kwestie cierpienia i śmierci, jak niewiele innych, podlegają zmianom kulturowym i cywilizacyjnym¹⁰. Już w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku E. Becker wykazał, że kierunek postępu kulturalnego i naukowego wyraźnie koncentruje się na tym, jak uniknąć ostateczności śmierci¹¹. E. Kübler-Ross stwierdziła wówczas, iż nasza kultura uwierzyła, że „śmierć stała się budzącą groźną sprawą, o której się nie mówi i której unikać należy na wszelkie możliwe sposoby”¹². L.P. Joffrion i D. Douglas ocenili społeczeństwo Zachodu lat dziewięćdziesiątych jako „kulturę buntującą się przeciwko śmierci”¹³. B.M. Schoenberg dostrzegł natomiast ewolucję „od kultury buntującej się przeciw śmierci do kultury zaprzeczającej śmierci”¹⁴.

Współcześnie najbardziej znanym przykładem zaprzeczania śmierci jest, przenikające także do Polski, *Halloween*, w którym śmierć sprowadzona została do zabawy w klimacie przejawionej grozy.

⁷ Por. J. Makselon, *Antropologiczne implikacje badań tanatopsychologicznych*, „Przegląd Psychologiczny” 1990, t. 33 (1), s. 29–38.

⁸ Jan Paweł II, List apostołski *Salvifici doloris*, nr 2, „Acta Apostolicae Sedis” 1984, nr 98, s. 201–250.

⁹ J. Makselon, *Psychologia przemijania*, [w:] *Zdrowie, stres, choroba w wymiarze psychologicznym*, red. H. Wrona-Polańska, Kraków 2008, s. 315.

¹⁰ *Przemijanie w kulturach. Obyczaje żałobne, pocieszenie i wsparcie*, red. C.M. Parkes, P. Laungani, B. Young, Wrocław 2001.

¹¹ E. Becker, *The denial of death*, The Free Press, New York 1973.

¹² E. Kübler-Ross, *Death: The final stage of growth*, Englewood Cliffs, New York 1975, s. 5.

¹³ L.P. Joffrion, D. Douglas, *Grief resolution: Facilitating self-transcendence in the bereaved*, „Journal of Psychological Nursing and Mental Health Services” 1994, nr 3 (32), s. 13–19.

¹⁴ *Bereavement counseling. A multidisciplinary handbook*, red. B.M. Schoenberg, Westport 1980, s. 51–56.

Zmiany socjokulturowe¹⁵ spowodowały także przeobrażenia w procesie umierania i przeżywania żałoby. Narastające tempo życia zawodowego doprowadziło do standaryzacji, a czasem nawet do schematyzacji procesu żałoby, polegającej na przesunięciu odpowiedzialności za działania, będące dotąd udziałem rodziny, na określone instytucje¹⁶. W konsekwencji tego, iż to domy pogrzebowe decydują w znacznej mierze o przebiegu ceremonii pogrzebowej, a charakter pracy zewnętrznie determinuje przebieg naszej żałoby, zatem w pełni uzasadnione wydaje się mówienie także o procesie uniformizacji żałoby¹⁷.

Wskazane, różnorodne przeobrażenia społeczno-kulturowe spowodowały, iż współczesnemu człowiekowi niezwykle trudno podjąć refleksję nad kwestią przemijania. Z jednej strony bowiem ludzie są obecnie tak dynamiczni, że nie uświadamiają sobie tego, iż przemijanie jest faktem, z drugiej odczuwany coraz częściej i silniej brak czasu bezustannie przypomina im o jego nieodwracalnym upływie. Odrębną trudność stanowi, zauważalna we współczesnych społeczeństwach, tendencja do utożsamiania przemijania ze starzeniem się i sprowadzania jego przejawów tylko i wyłącznie do zmian w wyglądzie zewnętrznym¹⁸.

Pojęcie przemijania nieodłącznie wiąże się z zagadnieniem percepcji czasu. Uświadomienie sobie przemijalności własnej osoby musi prowadzić zatem do refleksji, iż wszystko co współtworzy kontekst naszego życia, jest określone poprzez czas. J. Makselon twierdzi, że „ludzie XXI wieku mają dość duże problemy z właściwym nazwaniem i przeżyciem czasu”¹⁹. Zdaniem tego tanatopsychologa, zaobserwować można obecnie zjawisko zwane *juwenizmem*, polegające na sprowadzeniu życia do fazy niekończącej się młodości, które pozwalać ma na częściowe złagodzenie lęku tanatycznego.

Rozpatrując zagadnienie doświadczania cierpienia, przemijania i śmierci przez człowieka, trzeba przede wszystkim uwzględnić, że większość współczesnych ludzi żyjących w aglomeracjach miejskich (ale niekoniecznie, gdyż obraz życia na wsi uległ dość dużej ewolucji) rzadko bezpośred-

¹⁵ J. Salomon, *Philosophical problems with disembodied existence and survival of death*, „Forum Philosophicum”, t. 2, s. 81–94.

¹⁶ R.K. James, B.E. Gilliland, *Strategie interwencji kryzysowej*, Warszawa 2008.

¹⁷ *Bereavement: Reactions, consequences, and care*, red. M. Osterweis, F. Salomon, M. Green, Washington 1984, s. 201–202.

¹⁸ J. Makselon, *Psychologia...*, *op. cit.*, s. 315.

¹⁹ *Ibidem*, s. 317.

nio uczestniczy w czyjejś śmierci. Niegdyś ludzie sami przygotowywali ciało zmarłego do uroczystości pogrzebowej oraz sami je grzebali. Śmierć człowieka, jak też zwierzęcia, czy proces wieloletniej niekiedy choroby dokonywał się w domu, a jego świadkami były także dzieci. Człowiek w naturalny sposób znajdował się w sytuacjach, jak nazwał je M. Scheler, „uczestnictwa w cudzym cierpieniu”²⁰. Według Schelera uczestnictwo to może mieć charakter „bezpośredniego przeżywania z kimś identycznego cierpienia z racji bycia w tej samej sytuacji lub współcierpienia spowodowanego naszymi własnymi emocjami wywołanymi cierpieniem innej osoby albo mimowolnego i nieświadomego »zarażenia się« emocjami drugiego człowieka”²¹. Zważywszy na fakt, że współodczuwanie wymaga najpierw rozpoznania, a następnie zrozumienia cudzej emocji, wydaje się, że częstszy kontakt z cierpieniem innego człowieka umożliwi w przyszłości bardziej konstruktywne przeżywanie własnego cierpienia, które jest wspólnym aspektem wszystkich sytuacji granicznych²². Zależność tę w szczególności sposób dostrzegają fenomenolodzy, dla których konkretne przeżycie umożliwia nadanie temu doświadczeniu znaczenia, a to z kolei stanowi podstawę do dokonywania osobistych wyborów oraz decydowania o kształcie i sensie własnego życia. K. Jaspers uznał, iż człowiek najpierw gromadzi wiedzę o określonych sytuacjach, czyli ich doświadcza, dzięki temu zaczyna wśród nich dostrzegać sytuacje graniczne i przygotowuje się do ich osobistego przeżycia (za pośrednictwem cudzego doświadczenia)²³ i dopiero wówczas jest zdolny nadać sens i wartość tej sytuacji z perspektywy swojego życia i własnej osoby²⁴.

Dotykamy tu niezwykle istotnego zagadnienia odkrywania sensu własnego cierpienia. Według V.E. Frankla odkrycie sensu własnego cierpienia umożliwia przyjęcie, a zarazem przejawia się w przyjęciu postawy afirmacji i akceptacji swojej sytuacji oraz związanych z nią uczuć. Należy bowiem zaznaczyć, że Frankl, wbrew potocznym opiniom i skojarzeniom, nie uznał za cierpienie samych wrażeń i uczuć, takich jak: ból, smutek, lęk czy gniew, ale niemożność znalezienia dla nich uzasadnie-

²⁰ M. Scheler, *O sensie cierpienia*, Kraków 1986, s. 384–385.

²¹ B. Dobrzyńska-Socha, *Fenomenologiczno-egzystencjalny sens cierpienia*, [w:] *Zdrowie, stres, choroba w wymiarze psychologicznym*, red. H. Wrona-Polańska, Kraków 2008, s. 355.

²² K. Gerc, *Śmierć w filozofii Karla Jaspersa*, [w:] *Działanie. Myślenie. Cierpienie*, red. J. Lipiec, Kraków 1999, s. 131–143.

²³ R. Rudziński, *Jaspers*, Warszawa 1978, s. 189.

²⁴ K. Gerc, *Śmierć...*, *op. cit.*, s. 139.

nia²⁵. Filozof ten wykroczył jednak w swej refleksji poza indywidualny sens cierpienia, uznając, że nawet jeśli człowiek sam nie potrafi odkryć sensu swego cierpienia, to i tak ma ono sens w tym, że stanowi szansę refleksji i rozwoju dla jego świadków²⁶. Na podkreślenie zasługuje fakt, że V. Frankl nie uznał, aby cierpienie było warunkiem znalezienia sensu życia²⁷. Przestrzega przed przyjmowaniem postawy cierpiętniczej czy licytowaniem się, czyje doświadczenie jest większym cierpieniem.

Wydaje się, że dla psychologa podstawową kwestię stanowi zmaganie się człowieka z jego własnym lękiem. Już K. Jaspers zauważył, że najtrudniejszy dla człowieka jest lęk przed tym, co „po wygaśnięciu naszego życia”. P. Tillich nazwał go „lękiem przed nicością”²⁸. K. Michalski zadaje jednak paradoksalne pytanie: „nie było nas przecież przez nieskończoność, zanim urodziliśmy się, i jakoś to nas nie martwi – dlaczego więc tak bardzo martwimy się, że znów nas nie będzie?”²⁹. Ta konstatacja znanego filozofa zdaje się demaskować fakt, iż standardowe ograniczanie teorii psychologicznych do podejmowania zagadnienia stosunku człowieka do śmierci jedynie w kontekście psychopatologii może być niewystarczające. Psychologia, pomijając bowiem problem odniesienia się człowieka do kresu życia, może stać się w sposób jawny redukcjonistyczna.

Intensywne przemijanie jako proces psychologiczny

Przemijanie jest procesem, którego charakterystyka nie ogranicza się wyłącznie do determinacji biologicznej, określanej przez zakłócenie funkcji jednego z układów, czy nawet kilku narządów, ale dotyczy całego człowieka. Mówiąc o przemijaniu, opisujemy w rzeczywistości określony kompleks reakcji człowieka na jego aktualną sytuację, w których patologia somatyczna jest wyłącznie jednym z odczuwanych czynników.

Doświadczenie przemijania dotyka najgłębiej człowieka w sytuacji przeżywania przewlekłej choroby o niepomyślnych rokowaniach. Uświa-

²⁵ M. Opoczyńska, *Możliwości osobowego rozwoju w schizofrenii*, Kraków 1996.

²⁶ *Ibidem*, s. 68–69.

²⁷ V.E. Frankl, *Der Liende Mensch. Antropologische Grundlagen der Psychotherapie*, München–Zurich 1990, s. 79.

²⁸ P. Tillich, *Rodzaje lęku*, [w:] *Psychologia w działaniu*, red. K. Jankowski, Warszawa 1981, s. 62–71.

²⁹ Por. M. Skowrońska, *Święty w płomieniach*, „Gazeta Wyborcza” 16.04.2009, dodatek „Lęk i Nadzieja. 9. Dni Tischnerowskie”, s. 3.

domienie sobie tego stanu, jak każde istotne i powszechne przeżycie, stawia przed chorym określone zadanie.

Możliwość najbardziej autentycznego, wolnego i prawdziwego życia dostrzega K. Jaspers³⁰ w przeżywaniu jego tragicznych momentów. Jego zdaniem, człowiek, uciekając przed sytuacjami granicznymi, ucieka przed sobą. K. Osińska³¹ proces rozwoju osobowości (trud rozwoju), jaki wyzwala dobrze przeżyta choroba i związane z nią doświadczenie przemijania, nazywa zdobywaniem *umiejętności chorowania*. Zanim jednak człowiek zdobędzie tę umiejętność, przechodzi przez trudne i zagrażające etapy związane z przeżywaną chorobą oraz doświadczeniem przemijania. K. Osińska proponuje w przedstawianej przez siebie klasyfikacji trzy etapy intensywnego procesu choroby:

1. Etap *zaskoczenia*, związany bezpośrednio z faktem odczuwania objawów choroby, oczekiwaniem na diagnozę i leczenie oraz niepewnością rokowania. Stadium to cechuje się niepokojem, rozdrażnieniem, obfituje w elementy stresujące, a nawet nerwicorodne. Ważnym aspektem przeżywania tego etapu jest odczuwanie licznych, bolesnych dolegliwości somatycznych. Stan ten obfituje w liczne obawy, doświadczenie zażenowania, zawstydzenia, załamania, chęci ucieczki, pragnienia uwolnienia się od objawów choroby za wszelką cenę, a w konsekwencji skłonności do podejmowania pochopnych i nieprzemyślanych decyzji.

2. Etap *poszukiwania równowagi* jest związany z dążeniem do znalezienia wyjścia z trudnej sytuacji, jaką determinuje choroba. Po ustąpieniu istotnego napięcia emocjonalnego, które dominowało w pierwszym etapie, dochodzi do procesu swoistego urealnienia faktu przemijania i choroby. Pojawia się bardziej racjonalne rozumowanie oraz ukierunkowana refleksja. Rozpoczyna się proces poszukiwania równowagi, który może wykazywać cechy: negatywne, znaczeniowo obojętne bądź pozytywne.

Negatywny kierunek poszukiwania rozwiązania cechuje się nastawieniem na korzystanie z sytuacji, jaką niesie choroba w celu poprawy statusu społecznego czy ekonomicznego, tzn. na wykorzystywanie miłości, życzliwości ludzkiej, przepisów, pieniędzy, przywilejów, wąsko pojętych celów, kosztem innych ludzi lub społeczeństwa. Tak osiągnięta równowaga jest synonimem *urządzania się* za wszelką cenę, bez względu na środki i aspekty etyczne. Z taką postawą łączy się także bierna akceptacja choro-

³⁰ K. Jaspers, *Filozofia egzystencji*, [w:] *idem*, *Wybór pism*, Warszawa 1990.

³¹ K. Osińska, *Zdrowie psychiczne człowieka cierpiącego*, [w:] *System wartości i zdrowie psychiczne*, red. B. Hołyst, Warszawa 1990.

by, bierne dostosowanie się do propozycji leczniczych i rehabilitacyjnych, izolacja od spraw innych ludzi, nawet najbliższych, realizacja postawy w imię zasady: „niech się dzieje, co chce, nic mnie to nie obchodzi, aby tylko nikt nie zakłócił mojego spokoju”. Tak uzyskana równowaga sprzyja powstawaniu postaw antyspołecznych w chorobie.

Obojętny sposób poszukiwania równowagi pomimo trwania choroby streszcza się w przekonaniu, iż „jakoś będzie”. Pacjent nieokreślone „jakoś” coraz pełniej wpisuje we własne przekonania, sposób myślenia, styl działania. Bywa, iż w rezultacie podejmowanej aktywności gubi się w coraz częściej generalizowanych wątpliwościach, nie osiągając w konsekwencji oczekiwanej równowagi psychicznej.

Ludzie tak postrzegający fakt choroby i przemijania nie widzą dalszych możliwości rozwoju osobowości i trwają w pozornej, mało stabilnej równowadze, stąd choroba i fakt przemijania nabierają znamion porażki życiowej.

Pozytywne poszukiwanie równowagi w procesie umiejętności chorowania wyraża się w dążeniu do opanowania siebie, zharmonizowania i uspokojenia. Pojawiają się działania ukierunkowane, przemyślane, zmierzające do odzyskania zdrowia, do powrotu do zadań zawodowych, do realizowania swoich ról społecznych. Ten etap charakteryzuje się często podejmowaniem refleksji filozoficznej nad sensem i celem życia, a w konsekwencji nad systemem wartości (często również wartości religijnych). Tu jawi się odkrywanie, widzenie i realizowanie wartości moralnych, dających równowagę i wiodących do wewnętrznego zharmonizowania człowieka chorego.

Działa to także konstruktywnie na otoczenie chorego. Ludzie pozytywnie poszukujący równowagi w procesie umiejętności chorowania osiągają stan wewnętrznej harmonii, przechodzą zwycięsko przez drugi etap i zaczynają realizować trzeci etap *umiejętności chorowania*.

3. Etap *uwolnienia się od uzależnień chorobowych*. Cechą charakterystyczną tego stadium jest osiągnięcie umiejętności chorowania, polegającej na stopniowym uwalnianiu się od wszystkich obciążeń, jakie niesie ze sobą choroba. Jest to stan, w którym ludzie stykający się nawet z bardzo ciężko chorującym człowiekiem w jego funkcjonowaniu emocjonalno-społecznym nie dostrzegają znamion choroby. Taki chory wykazuje możliwie wszechstronną aktywność, myśli kreatywnie i samodzielnie, podejmuje szerokie inicjatywy pracy, adekwatnie kieruje podwładnymi, zaciekawia bogactwem myśli oraz interesujących treści w realizacji małżeństwa i rodziny, w wychowywaniu dzieci. Gdy jest człowiekiem bardzo

uzdolnionym lub nawet utalentowanym, to w głównej dziedzinie swoich uzdolnień staje się wybitny. Cechą charakterystyczną działania ludzi re-alizujących ten etap jest ich silne oddziaływanie na innych.

E. Kübler-Ross³² w swej znanej pracy *Rozmowy o śmierci i umieraniu* przemijanie ujmuje jako proces, który jest inicjowany wiadomością docierającą pośrednio lub bezpośrednio do pacjenta o jego nieuleczalnej chorobie.

Proces ten, wedle klasyfikacji autorki, obejmuje pięć etapów:

1. *Zaprzeczenie i izolacja* to reakcje większości pacjentów, którzy dowiedzieli się o nieuleczalnej chorobie. Zjawisko to występuje zarówno u osób, którym powiedziano o tym wprost i od razu, jak również u tych, którzy do tego wniosku doszli nieco później. Zachowanie się tych pacjentów wskazuje na ignorowanie śmiertelnego zagrożenia. Stan ten charakteryzuje się, między innymi, tym, iż chorujący odsuwają od siebie myśl o śmierci.

2. *Gniew* – jest drugą, istotną reakcją w procesie umierania. Jest to specyficzna forma reakcji chorego, występująca wtedy, gdy nie można już dłużej zaprzeczać chorobie. W tej fazie zarówno rodzina pacjenta, jak też personel szpitalny napotykać znaczne trudności w zachowaniu pacjenta. Przyczynia się do tego fakt, że gniew ten jest nieukierunkowany, jego ofiarą padają osoby często zupełnie przypadkowe. Pacjent stara się, żeby o nim zapomniano.

3. *Targowanie się* jest trzecim etapem godzenia się z procesem umierania i trwa dosyć krótko. Jest to próba swoistego *odroczenia wyroku*, a jej elementem zasadniczym musi być nagroda za dobre zachowanie, jak również ustalony przez samego pacjenta ostateczny termin oraz obietnica, że pacjent nie będzie prosił o więcej, jeśli ten wyrok zostanie odroczone. Większość tego rodzaju targów prowadzona jest z Bogiem i zwykle dokonuje się w tajemnicy, czasem chorujący wspomina o tym mimochodem.

4. *Depresja* pojawia się, gdy już dłużej pacjent nie może wątpić w swoją chorobę. Przybiera ona dwie formy: *reaktywną* i *przygotowawczą*. Depresja reaktywna występuje, gdy chory zauważa postępujące objawy choroby, wzrastającą słabość – zaczyna wówczas myśleć raczej o tym, co go czeka, niż o tym, co ma za sobą. Depresja przygotowawcza zwraca się ku przyszłości i pozwala choremu uświadomić sobie, iż wkrótce może stracić to, co jeszcze się posiada. Na tym etapie pacjent stara się zaakceptować nadchodzącą śmierć.

³² E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Poznań 2007.

5. *Pogodzenie się ze śmiercią* stanowi ostatni etap umierania. Wbrew potocznym opiniom – nie można jednak uważać tego etapu zawsze za szczęśliwy. Jest on niemal pozbawiony uczuć. Stanowi okres, kiedy rodzi-na chorego zwykle potrzebuje więcej pomocy, zrozumienia i podtrzymywania niż sam pacjent. Chory potrzebuje wówczas kogoś, kto w bezpośredniej, autentycznej relacji pomoże uświadomić sobie, iż umieranie nie jest czymś przerażającym.

M. Jarosz³³, analizując różne reakcje ludzi na informacje o chorobie, dokonał następującej, odmiennej od zaproponowanej przez E. Kübler-Ross, klasyfikacji (*subiektywnej oceny pacjenta* w sytuacji choroby):

1. *Zaprzeczenie* – jest wyrazem działania mechanizmu obronnego – wyparcia.

Docierające do chorego informacje o jego stanie zdrowia i doznawane dolegliwości nie wpływają na wytworzenie u niego obrazu własnej choroby. Chory stara się przez to zaprzeczyć własnej chorobie zwłaszcza wtedy, gdy nie może pogodzić się z jej faktem. Ma to miejsce stosunkowo często, jak podaje B. Tobiasz-Adamczyk³⁴, w chorobach nieuleczalnych lub wtedy, gdy uświadomienie sobie faktu choroby jest jednoznaczne z dużym zagrożeniem życia. Są także ludzie, dla których – jak się zdaje – sytuacja choroby nie istnieje, gdyż uważają ją za objaw słabości, często z ujemnym wydźwiękiem moralnym, a przyznanie się do choroby jest sprzeczne z posiadanym obrazem samego siebie.

2. *Pomniejszenie* – chory bagatelizuje swoją chorobę, a otrzymywanym informacjom na jej temat nadaje znaczenie niebudzące obaw. Zachowanie takie może być wynikiem włączenia mechanizmu obronnego – racjonalizacji, która ma na celu redukcję lęku przed chorobą i jej skutkami. Chory interpretuje swoje dolegliwości jako wyraz mało znaczących dysfunkcji organizmu, trzyma się uparczywie własnej diagnozy, która według niego jest niegroźna i może daleko odbiegać od faktycznego, często bardzo poważnego stanu. Niemal beztroski stosunek do własnej poważnej choroby może być wynikiem organicznych zmian tkanki mózgowej, co, jak uważa M. Jarosz³⁵, w niektórych przypadkach należy brać pod uwagę.

³³ M. Jarosz, *Psychologia lekarska*, Warszawa 1998, s. 263–265.

³⁴ B. Tobiasz-Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i medycyny*, Kraków 1995, s. 28.

³⁵ M. Jarosz, *Psychologia lekarska, op. cit.*, s. 263.

3. *Akceptacja diagnozy* – sprawia, że chory zdaje się na opiekę lekarską i osób opiekujących się nim. Przyjmuje udzielane mu wyjaśnienia, a na ich podstawie tworzy *subiektywny obraz własnej choroby*. Pacjent wówczas chętnie poddaje się leczeniu, wypełnia polecenia lekarskie, współpracuje z personelem. Może się jednak okazać, że akceptacja diagnozy łączy się z głęboką rezygnacją chorego, wynikającą z dokonanej przez niego ujemnej oceny skutków diagnozy.

4. *Wyołbrzymianie* – chory nadmiernie ekspozuje swoją chorobę i maksymalizuje jej objawy. Nawet lekkie, niewiele znaczące symptomy schorzenia i dolegliwości wywołują u niego przekonanie o ciężkiej chorobie. Osoba taka trwa w stanie lękowej samoobserwacji i koncentruje się wyraźnie na swych dolegliwościach.

Zróznicowanie zachowań poszczególnych chorych wynika z odmiennego traktowania tej roli w różnych grupach społecznych. Wiąże się to ściśle z koncepcją choroby lub złego samopoczucia, jak również z rodzajem ról pełnionych przez pacjenta wówczas, kiedy ujawniał korzystne samopoczucie, był w dobrym stanie zdrowia, z reprezentowanym przez niego systemem wartości i miejscem, jakie zajmuje w nim zdrowie³⁶.

W kontekście przedstawionych typologii zmagania się człowieka z intensywnym procesem przemijania warto przytoczyć opinię V. Frankla, iż nieuleczalna choroba jest takim doświadczeniem egzystencjalnym, które trzeba przeżyć indywidualnie i nie można go złożyć na barki kogoś innego³⁷. Jako szczególne doświadczenie choroba jest dla człowieka cierpieniem, choć zawiera w sobie coś od tego pojęcia o wiele szerszego i bardziej złożonego³⁸. Nie wchodząc w rozróżnienia zakresowe tych pojęć, warto przytoczyć możliwe do scharakteryzowania, przykładowe postawy wobec cierpienia.

D.F. Foley³⁹ na podstawie zrealizowanych przez siebie badań wyodrębnił jedenaście postaw wobec własnego cierpienia, odwołujących się do różnych obrazów Boga w religijności człowieka:

1. *Postawa ukaranego*. Cierpienie pojmowane jako kara boża za grzechy popełnione w życiu.

³⁶ B. Tobiasz-Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii...*, op. cit., s. 29.

³⁷ V.E. Frankl, *Homo patiens*, Warszawa 1998.

³⁸ T. Kielanowski, *Rozmyślenia o przemijaniu*, Warszawa 1984.

³⁹ Por. M. Szentmartoni, *Psychologia pastoralna*, Kraków 1995, s. 91–93.

2. *Postawa poddanego próbie*. Cierpienie przeżywane jako próba. Chora osoba może czuć się niewdzięczna wobec Boga, dlatego akceptuje cierpienie jako próbę swej wierności.

3. *Postawa nieszczęśliwego*. Osoba utrzymuje, iż złe rzeczy zdarzają się przypadkowo, czuje się nieszczęśliwa i bezbronna wobec nieprzewidywalnych wydarzeń.

4. *Postawa uległości wobec praw natury*. Przyjmuje się, że choroby i cierpienia są automatycznym przejawem natury, i dlatego jedynym wyjściem jest znosić je z cierpliwością.

5. *Postawa rezygnacji wobec woli Bożej*. Jest to postawa pasywna i bezradna wobec choroby, osoba ujawnia poczucie przegranej i przytłoczenia wobec losu.

6. *Postawa akceptacji ludzkiego losu*. Cierpienie jest postrzegane jako nieuchronna konsekwencja życia ludzkiego, stara się przeżywać swoje życie mimo cierpienia, mając nadzieję, iż cierpienie kiedyś się skończy.

7. *Postawa osobowego wzrostu*. Osoba jest przekonana, że z każdego zła można wyprowadzić jakieś dobro oraz że choroba może być środkiem do osobistego wzrostu.

8. *Postawa defensywna*. Osoba ucieka od swego cierpienia, od analizowania przyczyn, nie szuka pomocy, przyczyny cierpienia, a chcąc uniknąć porażki czy rekapitulacji swoich niekorzystnych doświadczeń, nie planuje przyszłości.

9. *Postawa minimalizowania*. Chory przyjmuje, iż jego stan nie jest najgorszym z możliwych, że mogło być gorzej; porównuje swoje cierpienie z cierpieniem innych.

10. *Postawa Bożej perspektywy*. Osoba stara się widzieć rzeczy w Bożej perspektywie, twierdząc, że cierpienie jest ukrytym błogosławieństwem.

11. *Postawa odkupieńcza*. Osoba ma wrażenie zjednoczenia swojego cierpienia z Chrystusem, by w ten sposób bardziej aktywnie uczestniczyć w zbawieniu świata⁴⁰.

Na uwagę zasługuje także typologia postaw wobec cierpienia zaproponowana przez J. Makselona⁴¹. Spotkanie z własnym cierpieniem i doświadczeniem przemijania – zdaniem tego tanatopsychologa – może wywołać następujące postawy:

- 1) lęku i ucieczki,
- 2) rozpacz,

⁴⁰ *Ibidem*.

⁴¹ *Człowiek wobec śmierci. Aspekty psychologiczno-religijne*, red. J. Makselon, Kraków 2005.

3) akceptacji,

4) odwagi.

Pewne *novum* w porównaniu do poprzednich kategorii zostało wprowadzone przez J. Makselona do postawy „akceptacja”. Dokonuje się ona zdaniem autora wówczas, kiedy osoba uwewnętrznia swoje przykre doświadczenia i czyni z nich impuls do dalszego rozwoju.

Konfrontacja pacjenta z wiedzą o chorobie i przemijaniu – dylematy psychologiczne

Uczciwość zawodowa każe mi jako psychologowi zaznaczyć, iż każdy człowiek, a zatem również każdy pacjent, jest odrębną osobą i ma zindywidualizowane potrzeby psychologiczne oraz w sobie właściwy sposób przeżywa problemy egzystencjalne, w tym także doświadczenie choroby, przemijania i śmierci.

Wielu badaczy⁴², podejmujących problem pracy z ludźmi nieuleczalnie chorymi, dostrzega unikalny i niepowtarzalny charakter relacji, jaka zachodzi pomiędzy człowiekiem w stanie terminalnym a jego rodziną i terapeutami. Wyjątkowość tej relacji wynika między innymi stąd, iż na ogół działania lecznicze podejmuje się po to, aby skutecznie pokonać chorobę. Dążymy do opiekowania się nieuleczalnie chorym, aby czas, który pozostał pacjentowi do przeżycia, przebył możliwie szczęśliwie, w komforcie psychofizycznym i godnie.

Istnieją w postępowaniu terapeutycznym pewne zasady, które mogą okazać się pomocne rodzinie chorego w ustosunkowaniu się do jego choroby.

Pierwsza zasada dotyczy poznania i zrozumienia chorego, znajomości jego reakcji na różne informacje przykre, raniące czy budzące niepokój. Należy poznać osobistą historię życia chorego oraz jego oczekiwania, marzenia i lęki. Warto również pozyskać wiedzę na temat sposobu jego myślenia i interpretowania zdarzeń.

Zasada druga wiąże się z wiedzą o określonej nieuleczalnej chorobie, z którą mamy do czynienia. Sprowadza się ona do znajomości objawów poprzedzających dolegliwości oraz biologicznych konsekwencji choroby. Wiedza taka umożliwi przygotowanie chorego na to, co może nastąpić. Obserwacje chorych wskazują, iż chory przygotowany do różnych nie-

⁴² Por. R. Ochsmann, *Angst vor Tod und Sterben Hogrefe*, Gottingen 1993.

pomyślnych zdarzeń i sytuacji lepiej radzi sobie z dolegliwościami, podczas, gdy chory zaskoczony łatwiej poddaje się bólowi, głębiej odczuwa dyskomfort choroby i ujawnia niepokój z nią związany. Badania wyraźnie wskazują, iż lęk i samotność potęgują doznania bólowe i wrażenie trwogi towarzyszącej chorobie.

Trzecią regułą postępowania z chorym jest nieprovokowanie jego lęku przed chorobą oraz jej objawami. Oznacza to potrzebę (choć brzmi ona paradoksalnie) odnoszenia choćby najdrobniejszych sukcesów w chorobie, przynajmniej w określonych chwilach usuwania najcięższych dolegliwości⁴³.

Nauka współcześnie dysponuje wieloma danymi wskazującymi, iż występuje pełna zależność pomiędzy stanami ducha a dolegliwościami somatycznymi. Lęk, niepewność, poczucie niepełnosprawności, odczucie zbędności mogą nasilać bóle fizyczne, nudności, duszność, powodować brak apetytu, torsje. Stany bezsenności i beznadziei, niezależnie od rokowań, mogą pogorszyć obraz choroby. Jasno z tego wynika, jak ważne jest wypracowanie u chorego nawyków cieszenia się z drobnych i prostych czynności i zdarzeń życiowych. To można nazwać podstawowym zadaniem rodziny przewlekle chorego. Warto pamiętać, iż w perspektywie psychologicznej chorego słowa mają drugorzędne znaczenie, liczą się fakty i realna obecność.

Przygotowanie chorego na nowe zdarzenia związane z jego postępującą chorobą jest problemem złożonym⁴⁴. Z jednej strony musimy unikać zaskoczenia, lepiej chorego uprzedzić np. o tym, że może odczuwać osłabienie czucia w palcach, niż gdyby ten fakt miał go przerazić⁴⁵. Z drugiej strony pełna informacja o etapach rozwijającej się choroby nie jest aż tak ważna, a jeśli podawana jest w sposób nieumiejętny, ignorujący wrażliwość chorego, cechy jego osobowości (np. poziom lęku), to może być szkodliwa. Zadaniem najbliższych osoby chorej jest nauczyć chorego żyć codziennością oraz pomóc przeżywać radość w różnych sytuacjach, a jednocześnie przygotowywać na zdarzenia, które mogą być niespodziewane. W tym miejscu rozważań można powołać się na metaforyczne porównanie relacji pomiędzy chorym a jego najbliższymi do sytuacji

⁴³ K. Gerc, *Ból i cierpienie dziecka wyzwaniem dla terapeuty*, [w:] *Ból i cierpienie*, red. G. Makiello-Jarża, Z. Gajda, Kraków 2007, s. 26–41.

⁴⁴ Por. K. Popielski, *Psychologia egzystencji. Wartości w życiu*, Lublin 2009.

⁴⁵ Por. A. Widera-Wysoczyńska, *Rola zjawiska śmierci w poszukiwaniu wartości życiowych*, „Acta Universitatis Vratislaviensis” 1995, t. 27, s. 9–21.

dziecka niesionego na rękach przez bliską mu, kochaną osobę; dziecko to w poczuciu szczęścia, bezpieczeństwa i zaufania nie pyta, dokąd jest niesione. Tak też w postępowaniu z nieuleczalnie chorym należy starać się o stworzenie mu minimalnego komfortu w codzienności. Praktyka terapeutyczna wskazuje, iż informowanie chorego o nowych objawach choroby musi być przemyślane i uzasadnione spodziewanym pogorszeniem. Nie warto w planach konkretyzować szczegółowo zbyt odległej przyszłości chorego, nie należy antycypować zdarzeń bardzo oddalonych w czasie⁴⁶. Sprawdzalność przewidywanych wcześniej wydarzeń dotyczących choroby kształtuje u chorego poczucie zaufania wobec osób z najbliższego otoczenia i wiarę w kontrolę przebiegu choroby. Chory lub niepełnosprawny potrafi w zdumiewający sposób odczuwać niepewność, zdenierwowanie czy zniecierpliwienie najbliższej rodziny i lekarzy. Zaufanie pacjenta wobec terapeutów i rodziny najkrócej można zawrzeć w słowach: „Oni nie mogą mnie wyleczyć, ale spowodują, że będę mógł jakoś żyć”.

Warto pamiętać również o innych dwóch ważnych kwestiach: kłamstwo wobec osób nieuleczalnie chorych jest nieskuteczne, niemoralne, a często bywa naiwne. Kłamiąc, na ogół bagatelizujemy chorobę lub obiecujemy wyzdrowienie. W takiej sytuacji tracimy szansę, aby do końca zachować zaufanie pacjenta i powodujemy jego osamotnienie. Rozwój choroby w naturalny sposób zdemaskuje nasze kłamstwo, stąd bardzo często wielu bliskich pozostawia chorego w najtrudniejszym momencie. Praktyka pokazuje, iż jeśli chory czuje naszą *autentyczność* i ma poczucie, że możemy mu pomóc i nie pozostawimy go *samotnym* w najtrudniejszym momencie, to rzadko zadaje pytania, ufając naszym działaniom. W tej sytuacji dylemat, co i jak mówić chorym, praktycznie nie istnieje. Chory, czując się otoczony troską, chce z nami być. Na każde jego pytanie należy odpowiadać uczciwie, przedstawiając taki zakres prawdy, jaki pacjent może spokojnie przyjąć. Jeśli nagle zapyta: „Jak długo będę żył?, Jak to wszystko się skończy?”, szczerą odpowiedź: „Nie wiem tego, wszystko jest w rękach losu, Opatrzności”, stanowi zarówno stwierdzenie faktu, jak również zostawia choremu nadzieję. W przypadku gdy pacjent jest niewierzący, odpowiedź nie traci na swojej autentyczności, bo w jego świadomości funkcjonuje przecież pojęcie „Natury i jej sił”. Zwykle chory potem nie zadaje pytań, jest otwarty i ufny.

⁴⁶ Por. W. Okła, *Człowiek w sytuacji choroby*, [w:] *Psychologiczne konteksty doświadczania straty*, red. S. Steuden, K. Janowski, Lublin 2009, s. 13–23.

Odrębną kwestią jest aktywność życiowa chorego – zapewnienie szansy na poczucie minimalnej użyteczności w społeczności. Pozwoli ona na zyskanie szacunku dla samego siebie i zminimalizuje poczucie choroby na rzecz poczucia normalności i spełnienia życiowego; mogą to być drobne prace domowe, opieka nad kimś mniej sprawnym, uczestniczenie w realizacji zadań domowych przez dziecko w rodzinie, redagowanie wspomnień. Warto przypomnieć, że profesor Antoni Kępiński dyktował swoje książki, będąc obłożnie chorym. Wcześniej, gdy był cenionym i czynnym zawodowo profesorem psychiatrii, nie miał czasu na ich pisanie.

Szczególnym aspektem relacji chorego ze środowiskiem są kwestie jego komunikacji z rodziną. Badania empiryczne wskazują, że procesy komunikacyjne są zaburzone, a wynika to z niejednoznaczności komunikatów (np. rodzina mówi półprawdy, formułuje pewne informacje w sposób niejednoznaczny itp.)⁴⁷.

Odrębną sprawą jest kwestia reakcji człowieka, u którego rozpoznano chorobę o niepomysłnych rokowaniach. Jego pierwszą reakcją stanowią zazwyczaj szok, niedowierzanie, zaskoczenie. Oczekiwanie na potwierdzenie diagnozy może wywoływać stany głębokiego przygnębienia, a nawet depresji. Okres ten cechuje się niepokojem, rozdrażnieniem, licznymi mocno stresującymi faktami. W tej fazie lęk u człowieka jest bardzo realny. Dotyczy bólu, dezintegracji, osamotnienia. W sytuacjach rodzinnych powstają liczne obawy, stany zażenowania, zniechęcenia, zawstyżenia. Nasila się skłonność do nieprzemyślanych, pochopnych decyzji. Po pierwszym etapie kontaktu z cierpieniem, gdy dojdzie już do głosu rozsądek i racjonalne rozumowanie, refleksja nad obecnym stanem, pojawia się u chorego potrzeba poszukiwania równowagi. Może mieć ona charakter pozytywny, negatywny lub też w postawie chorego może dominować obojętność, która miewa charakter pozorny. Kierunek procesu zmagania się z chorobą jest modyfikowany poziomem dojrzałości społecznej i osobowościowej. W każdej sytuacji konieczna jest potrzeba wsparcia zewnętrznego, związana z próbą zrozumienia natury psychicznej człowieka oraz charakteru czynników, które warunkują jego zachowanie w stanach terminalnych.

⁴⁷ Por. A. Dodziuk, *Nie bać się śmierci*, Warszawa 2001.

Bibliografia

- Becker E., *The denial of death*, New York 1973.
- Bereavement counseling: A multidisciplinary handbook*, red. B.M. Schoenberg, Westport 1980.
- Bereavement: Reactions, consequences, and care*, red. M. Osterweis, F. Salomon, M. Green, Washington 1984.
- Człowiek wobec śmierci. Aspekty psychologiczno-religijne*, red. J. Makselon, Kraków 2005.
- Dobrzyńska-Socha B., *Fenomenologiczno-egzystencjalny sens cierpienia*, [w:] *Zdrowie, Stres, Choroba w wymiarze psychologicznym*, red. H. Wrona-Polańska, Kraków 2008, s. 353–366.
- Dodziuk A., *Nie bać się śmierci*, Warszawa 2001.
- Frankl V.E., *Der Lende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie*, München–Zurich 1990.
- Frankl V.E., *Homo patiens*, Warszawa 1998.
- Gerc K., *Ból i cierpienie dziecka wyzwaniem dla terapeuty*, [w:] *Ból i cierpienie*, red. G. Makięło-Jarża, Z. Gajda, Kraków 2007, s. 26–41.
- Gerc K., *Śmierć w filozofii Karla Jaspersa*, [w:] *Działanie. Myślenie. Cierpienie*, red. J. Lipiec, Kraków 1999, s. 131–143.
- James R.K., Gilliland B.E., *Strategie interwencji kryzysowej*, Warszawa 2008.
- Jan Paweł II, List apostolski *Salvifici doloris*, nr 2, „Acta Apostolicae Sedis” 1984, nr 98, s. 201–250.
- Jarosz M., *Psychologia lekarska*, Warszawa 1998.
- Jaseprz K., *Filozofia egzystencji*, [w:] *idem, Wybór pism*, Warszawa 1990.
- Jaspers J., *Kleine Schule des philosophischen Denkens*, München 1965, s. 158–168.
- Joffrion L.P., Douglas D., *Grief resolution: Facilitating self – transcendence in the bereaved*, „Journal of Psychological Nursing and Mental Health Services” 1994, nr 3 (32), s. 13–19.
- Kielanowski T., *Rozmyślenia o przemijaniu*, Warszawa 1984.
- Kübler-Ross E., *Death: The final stage of growth, Englewood Cliffs*, New York 1975.
- Kübler-Ross E., *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Poznań 2007.
- Makselon J., *Antropologiczne implikacje badań tanatopsychologicznych*, „Przełęcz Psychologiczny” 1990, t. 33 (1), s. 29–38.
- Makselon J., *Lęk wobec śmierci*, Kraków 1988.
- Makselon J., *Psychologia przemijania*, [w:] *Zdrowie, stres, choroba w wymiarze psychologicznym*, red. H. Wrona-Polańska, Kraków 2008.

- Ochsmann R., *Angst vor Tod und Sterben*, Gottingen 1993.
- Okła W., *Człowiek w sytuacji choroby*, [w:] *Psychologiczne konteksty doświadczania straty*, red. S. Steuden, K. Janowski, Lublin 2009, s. 13–23.
- Opoczyńska M., *Możliwości osobowego rozwoju w schizofrenii*, Kraków 1996.
- Osińska K., *Zdrowie psychiczne człowieka cierpiącego*, [w:] *System wartości i zdrowie psychiczne*, red. B. Hołyst, Warszawa 1990.
- Popielski K., *Psychologia egzystencji. Wartości w życiu*, Lublin 2009.
- Przemijanie w kulturach. Obyczaje żałobne, pocieszenie i wsparcie*, red. C.M. Parkes, P. Laungani, B. Young, Wrocław 2001.
- Rudziński R., *Jaspers*, Warszawa 1978.
- Salomon J., *Philosophical problems with disembodied existence and survival of death*, „Forum Philosophicum”, t. 2, s. 81–94.
- Scheler M., *O sensie cierpienia*, Kraków 1986.
- Skowrońska M., *Święty w płomieniach*, „Gazeta Wyborcza” 16.04.2009, dodatek „Lęk i Nadzieja. 9. Dni Tischnerowskie”.
- Sławiński H., *Ambivalentne postawy człowieka wobec cierpienia*, „Studia Wrocławskie” 2007, nr 10.
- Szentmartoni M., *Psychologia pastoralna*, Kraków 1995.
- Tillich P., *Rodzaje lęku*, [w:] *Psychologia w działaniu*, red. K. Jankowski, Warszawa 1981, s. 62–71.
- Tobiasz-Adamczyk B., *Wybrane elementy socjologii zdrowia i medycyny*, Kraków 1995.
- Widera-Wysoczyńska A., *Rola zjawiska śmierci w poszukiwaniu wartości życiowych*, „Acta Universitatis Vratislaviensis” 1995, t. 27, s. 9–21.
- Wypisy z ksiąg filozoficznych o życiu, o śmierci*, red. T. Gadacz, Kraków 1995.

Zbigniew Domostławski

Godność – jej *sacrum* i *profanum*

Przed dziewięciu laty pisałem o problemie godności człowieka cierpiącego oraz *sacrum* i *profanum* tej godności. Zagadnieniem tym zajmuję się od wielu lat.

Na wstępie chciałbym krótko przypomnieć ten problem, a przede wszystkim choć fragmentarycznie zasygnalizować, jak dalece został on pogłębiony i poszerzony w ciągu tego bez mała dziesięciolecia.

Krótko zaś przypomnę, że jest on nadal rozpatrywany w aspektach: filozoficznym, psychologicznym, religijnym i prawnym.

Znany jest od czasów starożytnych, a szczególnie rozwinięty został i pogłębiony w magisterium Jana Pawła II. Na przypomnienie zasługuje ogłoszony w 1984 roku list apostolski *Salvifici doloris* (O chrześcijańskim sensie cierpienia), będący też podsumowaniem i rozwinięciem dwutyścioletniego nauczania Kościoła. Był on wielokrotnie przypomniany, a szczególnie w pamiętnym roku 1997, kiedy była mowa o godności i wartości duszy oraz ciała, szczególnie gdy dusza dotknięta jest bólem i cierpieniem. Przypomnę to, co powiedział Jan Paweł II w Gdańsku 12 czerwca 1987 roku do pracowników Służby Zdrowia „Zawsze żywiłem i nadal żywię głęboką cześć dla powołania, które tak bardzo zdaje się zakorzenione w Ewangelii, a równocześnie w całej humani-

tarnej tradycji ludzkości, również przedchrześcijańskiej i pozachrześcijańskiej”.

Po przedstawieniu tego nieodzownego w moim odczuciu sprawy *repetitorium* pragnę w dalszej części pokusić się o przejście od zagadnienia chorego i cierpiącego człowieka do bardziej holistycznego ujęcia problemu. W roku 2001 wyszło w redakcji wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego *opus magnum* liczące 462 strony, zatytułowane *Godność osoby ludzkiej podstawą praw człowieka*, pióra Franciszka Janusza Mazurka. Autor za motto przyjął sformułowania Jana Pawła II i Karty Narodów Zjednoczonych, które pozwolę sobie przytoczyć *in extenso*. Jan Paweł II powiedział: „Godność ludzkiej osoby jest wartością transcendentną, uznawaną za taką przez wszystkich, którzy szczerze poszukiwali prawdy”.

Karta Narodów Zjednoczonych głosi natomiast: „ludy Narodów Zjednoczonych ponownie potwierdziły swą wiarę w podstawowe prawa człowieka, w godność i wartość osoby ludzkiej”. Pragnę przedstawić obszerniejsze streszczenie rozdziału pt. „Integralność godności i jej praktyczne konsekwencje” z monografii Franciszka Janusza Mazurka. Jest tam zawarte w moim odczuciu najbardziej holistyczne ujęcie interesującego nas problemu. W Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka wyraźnie uznaje się, że każdy członek rodziny ludzkiej posiada przyrodzoną godność (*the inherent dignity*), i wskazuje się, że wszyscy ludzie rodzą się równi, z wrodzonej zaś godności wynikają praktyczne konsekwencje o decydującym znaczeniu dla wszystkich dziedzin bytowania człowieka. Każdy człowiek ma prawo do korzystania z praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych, nieodzownych dla jego godności i swobodnego rozwoju swojej osobowości. Godność obejmuje więc nie tylko stronę duchową, lecz również cielesną. Godność jest zatem niepodzielna w człowieku, bowiem zawiera element zarówno stały (*constans*), jak i zmienny.

Autor przytacza słowa ks. prof. Krąpca: „z natury człowiek dziedziczy jedynie dyspozycje i skłonności naturalne, które musi pracą osobistą wykształcić” oraz: człowiek jest zdolny zarówno dopełniać się, jak i spełniać się. Stąd wrodzona godność osoby ludzkiej jest podstawą i wymogiem nabywania godności osobowościowej. Stanowią one integralną całość i nie można ich utożsamiać ze sobą, jak to czynią niektórzy psychologowie. Człowiek przeto nie rodzi się z gotowymi poglądami o samym sobie, wartościach, normach moralnych z wiedzą, lecz zdobywa ją w długim okresie poprzez własną pracę w procesie wychowania i kształcenia.

Samo zaś kształtowanie rozwoju ma miejsce, gdy obejmuje:

- rozwój intelektualny (nie tylko kultura intelektualna),
- rozwój moralny (nie tylko kultura moralna),
- rozwój religijny (nie tylko kultura religijna),
- rozwój fizyczny (kultura fizyczna).

Innymi słowy, rozwój intelektualny to nie tylko teoretyczna, praktyczna i krytyczna sprawność intelektu, ale i rozwój moralny, który w samej definicji jest sprawnością w czynieniu dobra. A zatem pierwszym i podstawowym wymiarem kultury jest kultura moralna, a nie zróżnicowanie w odróżnieniu między powszechnie podnoszonym być i mieć, a więc chodzi o prym osobowej kultury nad konsumpcyjną.

Według Mazurka idea wrodzonej godności osoby wyklucza wszelkie formy dyskryminacji, gdyż jeśli się nie uzna wrodzonej godności za podstawę etyki, to nie będzie ona miała charakteru uniwersalnego, lecz jedynie relatywny, a to może dawać podstawy legalizacji nie tylko aborcji i eutanazji, ale różnych innych form dyskryminacji – przykładowo niezdolność do rozwoju psychicznego czy fizycznego, wiek, niższą kulturę i zajmowaną pozycję społeczną. Jan Paweł II podkreślał, że autentyczna demokracja winna być kształtowana przez wychowanie i formację w duchu prawdziwych ideałów, w oparciu o sprawiedliwą hierarchię wartości i w ostatecznym rozrachunku o właściwe zrozumienie godności praw osoby.

Godność osoby znaczy również to, że działalność gospodarcza nie ma na celu jedynie osiągnięcie zysku, lecz przede wszystkim zaspokajanie potrzeb ludzkich, innymi słowy, osoba ludzka nie jest dla życia gospodarczego, lecz życie gospodarcze dla niej. Podejście do godności ma też wymiar negatywny, przykładowo: poniżanie godności osoby, tortury, wymuszanie zeznań, „tresura” żołnierzy, bezmyślna i monotonna praca, traktowanie drugiego człowieka jako narzędzie produkcji, dyskryminacja rasowa, ludobójstwo, terroryzm. Godność poniżana jest również przez analfabetyzm, głód, handel żywym towarem, handel organami ludzkimi, uprowadzanie lub branie zakładników, obmowy, oszczerstwa – pozbawianie dobrego imienia, prowadzenie doświadczeń medycznych na ludziach, manipulowanie mentalnością i potrzebami ludzkimi w środkach masowego przekazu, stosowanie środków chemicznych i psychochemicznych celem wymuszania zeznań w sprawach karnych, pozbawienie człowieka bycia podmiotem życia społeczno-politycznego i gospodarczego, naruszenie praw człowieka wszystkich generacji – innymi słowy, przedmiotowe traktowanie człowieka.

Mimo tylu negatywnych zjawisk po drugiej wojnie światowej, po czynnych ludobójstwach można mówić jednak z uznaniem o pewnego rodzaju rewolucji godności ludzkiej.

Warto też na zakończenie wspomnieć o dokumencie *Dignitas personae* zaprezentowanym przez Kongregację Nauki i Wiary, który potwierdza stanowisko Kościoła Katolickiego wobec zamrażania embrionów, tworzenia hybryd zwierzęco-ludzkich, a przede wszystkim sztucznego zapłodnienia. Odzywają się głosy „o embrionalnej godności osoby”.

Nasuwa się wielokrotnie już podnoszone pytanie, czy to, co jest technicznie możliwe, jest godziwe moralnie.

Współcześnie rozgorzał spór wokół embrionów. Kościół domaga się traktowania go jako osoby, stąd embrionalna godność osoby.

Jeśli jakiś niezidentyfikowany obiekt porusza się w zaroślach, a myśliwy nie ma pewności, czy to zwierzę, czy człowiek, to oczywiście nie można do niego strzelać. Ta prosta zasada prawna pochodząca jeszcze z czasów rzymskich *in dubio favendum est reo*, chroniąca do dziś osoby słabe, może być zastosowana do ludzkiego embrionu.

Warto zadać sobie pytanie: jak w danej sytuacji zachowałby się Chrystus? Ażeby nie ograniczyć się do *relata refero*, pozwolę sobie przypomnieć, jak Prymas Tysiąclecia Kardynał Stefan Wyszyński rozmawiał z władzami komunistycznymi. Argumentacja Kardynała Wyszyńskiego zaczynała się od tego, że obrona życia nienarodzonego człowieka jest nie tylko wyłącznie zagadnieniem religijnym. Jest to bowiem sprawa humanistycznego, a nie tylko humanitarnego podejścia do człowieka. Jan Paweł II nauczał: „Nikt i nic nie ma prawa do zabicia niewinnej istoty ludzkiej, czy to jest embrion, płód, dziecko, człowiek dorosły, stary, nieuleczalnie chory czy umierający” (*Ewangelium vitae*).

Wydaje mi się, że przekroczyliśmy granice, których przekroczyć nie można, gdy miłość została wyparta przez technikę. Nasuwa się pytanie, czy nauka i technika nie osiągnęły momentu krytycznego, czy na czas zdążymy uruchomić hamulec, czy zabijanie embrionów nie jest też zabijaniem wrażliwości lekarskiej i ludzkiej?

Na szczęście jeszcze mówić i pisać możemy o „embrionalnej godności zarodka”, ale zbliżamy się do przekroczenia granic nieprzekraczalnych, a to wymaga niedwuznacznej postawy moralnej, gdy chmury gromadzą się na horyzoncie etyki i medycyny.

Bibliografia

Chlewiński Z., Zalewski Z., *Godność*, [w:] *Encyklopedia katolicka*, t. 5, Lublin 1989, s. 1231–1232.

Domosławski Z., *Godność lekarza jako element bioetyki*, III Światowy Kongres Polonii Medycznej, Częstochowa–Kraków, 24–28.06.1997.

Domosławski Z., *Godność chorego i lekarza w magisterium Jana Pawła II*, „Niedziela” 1998, nr 31/257, t. XLI, s. 1–2, dodatek „Niedziela Legnicka”, wydanie dolnośląskie.

Jan Paweł II, *List Apostolski Salvifici doloris, O chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia*, „L'Osservatore Romano” 1984, nr 1–3, s. 3–8.

Mazurek F.J., *Godność osoby ludzkiej podstawą praw człowieka*, Lublin 2001.

Małgorzata Kuleta, Monika Wasilewska

Lęk przed śmiercią jako źródło cierpienia w świetle teorii opanowywania trwogi

*Tak, człowiek jest śmiertelny,
ale to jeszcze pół biedy.
Najgorsze, że to, iż jest śmiertelny,
okazuje się niespodziewanie.
W tym właśnie sęk.*

Michaił Bułhakow, *Mistrz i Małgorzata*

Wprowadzenie

Zazwyczaj na co dzień nie myślimy o śmierci, zwłaszcza własnej, i dzięki temu możemy normalnie żyć i rozwijać się w świecie, w którym tak naprawdę „nikt nie może przewidzieć, co będzie robił dzisiejszego wieczora” ani „co się z nim samym stanie następnego dnia”, jak pisał autor *Mistrza i Małgorzaty*. Niepewność jutra w powiązaniu z tragiczną pewnością kresu własnego istnienia godzi w elementarne poczucie bezpieczeństwa, tak istotne dla zdrowego, satysfakcjonującego funkcjonowania. To właśnie dlatego lęk przed śmiercią – jako zbyt obeszładniający, zbyt destrukcyjny, zbyt bolesny – rzadko jest doświadczany bezpośrednio. Świadomość zagrożenia niebytem, którego nie sposób sobie nawet wyobrazić, z całą pewnością może wywołać cierpienie w różnorodnych jego odcieniach i przejawach. Rzeczą człowieka jest poradzić sobie z tym subiektywnym, choć powszechnym, uniwersalnym i jak sama śmierć

nieuchronnym cierpieniem poprzez zastosowanie rozmaitych sposobów obrony. Przekonanie o decydującej, motywacyjnej roli procesów obrony przed paraliżującym życie lękiem wpływającym ze świadomości własnej skończoności jest rdzeniem teorii opanowywania trwogi (TOT, ang. *Terror Management Theory* – TMT) Greenberga, Pyszczynskiego i Solomona (1986). Teoria ta, powstała w latach 80. ubiegłego stulecia, zainspirowała szereg badań eksperymentalnych i dyskusji, dostarczając obiecujących perspektyw wyjaśniania ludzkiego zachowania w sferze psychologicznej i społecznej oraz sposobów rozumienia doświadczanych przez ludzi problemów (por. Rusarczyk 2008). To tak popularne w Ameryce i Europie Zachodniej podejście jest wciąż stosunkowo mało znane polskiemu odbiorcy. Celem naszego artykułu jest przedstawienie niektórych tez teorii opanowywania trwogi, by w ich świetle postawić problem ludzkiego cierpienia, a ściślej mówiąc, spróbować odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób unikanie jednego cierpienia – związanego z nieuchronnością własnej śmierci – prowadzić może do cierpienia innego rodzaju, manifestującego się w postaci różnych symptomów zaburzeń funkcjonowania.

Podstawowe założenia Teorii Opanowywania Trwogi (TOT)

Zgodnie z teorią opanowywania trwogi lęk przed śmiercią odgrywa decydującą rolę w procesach psychicznych i zachowaniach społecznych człowieka; w nim też należy upatrywać wszelkich źródeł psychologicznych problemów i cierpienia. Podstawowe założenia TOT można streścić następująco (za: Rusarczyk 2008; Oleś 2008):

Celem ludzi (podobnie jak i innych organizmów żywych) jest zachowanie życia własnego i ciągłości gatunku.

Ludzie odznaczają się wyjątkowymi (niespotykanymi w świecie przyrody) zdolnościami myślenia symbolicznego, przewidywania i autorefleksji, które zapewniają im elastyczność przystosowania, ale też przynoszą zagrożenie w postaci wiedzy o własnej śmiertelności i świadomość ostatecznej daremności wszelkich wysiłków.

Biologiczna motywacja do przetrwania w połączeniu z charakterystyczną tylko dla ludzi świadomością nieuchronności śmierci tworzą egzystencjalny problem i skutkują skrajnym lękiem, paraliżującą wszelkie funkcjonowanie trwogą.

Istnieją tylko dwa logiczne rozwiązania tego dylematu: (1) wyeliminować instynkt samozachowawczy albo (2) wyeliminować śmierć. Żadne z nich nie jest możliwe, więc ludzie radzą sobie z nim poprzez (3) eliminowanie świadomości śmierci (Wismar 2006).

Ludzie tworzą w tym celu kulturę, która daje im poczucie „wyrastania ponad naturę” (bycia czymś więcej niż zwierzętami) i dostarcza pewnych symbolicznych koncepcji rzeczywistości (w tym światopoglądów i religii) zapewniających porządek i trwałość świata oraz poczucie sensu, wartości i bezpieczeństwa w życiu.

Wiara w światopogląd kulturowy i przyjęcie go jest jednak warunkiem niewystarczającym dla zredukowania lęku przed śmiercią. Konieczne jest zaangażowanie się w wartości i postępowanie zgodnie z płynącymi z nich normami. Dzięki temu ludzie zyskują poczucie własnej wartości – poczucie, że są wartościowymi uczestnikami jakiejś większej społeczności, a szerzej – „wartościową częścią czegoś, co ma ponadczasowe istnienie” (za: Arndt i in. 2008), przynoszące w konsekwencji poczucie bezpieczeństwa (jakąś obietnicę nieśmiertelności dla tych, którzy spełniają standardy). Dzieje się to w myśl wyuczonej w dzieciństwie zasady: *spełniam standardy = jestem dobry = jestem bezpieczny*, tylko teraz, w życiu dorosłym, rolę rodziców (także przecież śmiertelnych) przejęła kultura.

Światopogląd obiecujący transcendencję i poczucie własnej wartości płynące z poczucia, że spełnia się wymogi kulturowe, tworzą tzw. „kulturowy bufor” przeciw świadomości możliwości śmierci.

Uznanie zaangażowania w realizację pewnych wartości i posiadania pozytywnego – w świetle norm kulturowych podzielanych przez daną grupę – obrazu siebie za konieczne dla opanowania egzystencjalnej trwogi tłumaczy, dlaczego ludzie tak zabiegają o podtrzymanie poczucia własnej wartości i światopoglądu oraz dlaczego potrzeba potwierdzenia każdego z nich, jak pokazują badania, wzrasta w sytuacjach przypominania badanym o ich śmiertelności, a także dlaczego wzmacnianie ich przyczynia się do zmniejszenia podatności badanych na lęk w sytuacjach zagrażających (za: Rusarczyk 2008; Oleś 2008).

Pomijając fakt, że żadna kultura nie jest w stanie wykorzenić ostatecznie trwogi wynikającej ze świadomości kruchości ludzkiego życia i jego skończoności, pozostaje pytanie, czy myśli o śmierci wywołują odmienne skutki w zależności od tego, czy są w centrum uwagi, czy na obrzeżach świadomości. Zgodnie z TOT ludzie zmagają się z problemem świadomości własnej śmierci poprzez zastosowanie dwóch typów obron (Pyszczynski, Greenberg, Solomon 1999).

Model podwójnej obrony przeciwko świadomym i nieświadomym myślom o śmierci

Autorzy TOT przyjmują, że myśli o śmierci zajmują centralną pozycję w sieci poznawczej człowieka i mogą zostać aktywowane przez zdarzenia kojarzące się ze śmiercią, jak np. kiedy jesteśmy uczestnikami bądź świadkami sytuacji zagrożenia życia, kiedy tracimy bliskich, towarzyszymy osobie umierającej, przyglądamy się zwłokom, przebywamy w pobliżu domu pogrzebowego, odbywamy okresowe badania lekarskie, czy kiedy docierają do nas informacje o dramatycznych wypadkach, śmiertelnych chorobach, na które jesteśmy narażeni, klęskach żywiołowych, atakach terrorystycznych, czyli sytuacje, kiedy stajemy w obliczu własnej śmiertelności i musimy się z nią skonfrontować.

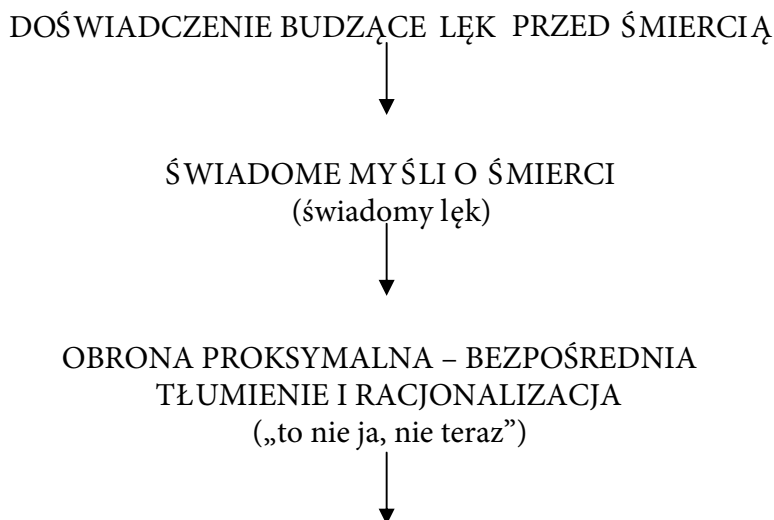
Kiedy myśli o śmierci stają się świadome, potrzebujemy uruchomić mechanizm uśmierzający lęk. Włączają się wówczas automatycznie mechanizmy obrony proksymalnej – bezpośredniej, opartej na procesach aktywnego tłumienia, rozpraszenia, unikania, racjonalizacji czy zaprzeczania bezradności i rozmiarowi ryzyka. Ich funkcją jest usunięcie tych myśli z centrum uwagi i/lub odsunięcie śmierci w odległą przyszłość poprzez zniekształcenie poznawcze typu „nie ja, nie teraz”; „jestem młody, nie palę, ćwiczę regularnie itp., więc dlaczego miałbym umrzeć?”. Ludzie muszą podtrzymywać iluzję obiektywności i logiczności dotyczącą ich przekonań przez kontrolowanie informacji, tak żeby pasowały one do oczekiwania długowieczności (Pyszczynski i in. 1999). Tego typu obrona nie rozwiązuje jednak problemu – „człowiek wciąż może umrzeć”; myśli o śmierci zostają odsunięte, ale będą wciąż istniały w umyśle, chociaż już nie na świadomym poziomie. Ponieważ myśli, które zostały stłumione, pozostają wysoce dostępne, obrona proksymalna przynosi tylko częściową i chwilową ulgę. Skuteczna ochrona wymagałaby radykalnego zmniejszenia dostępności myśli o śmierci – temu służy obrona dystalna (Pyszczynski i in. 1999).

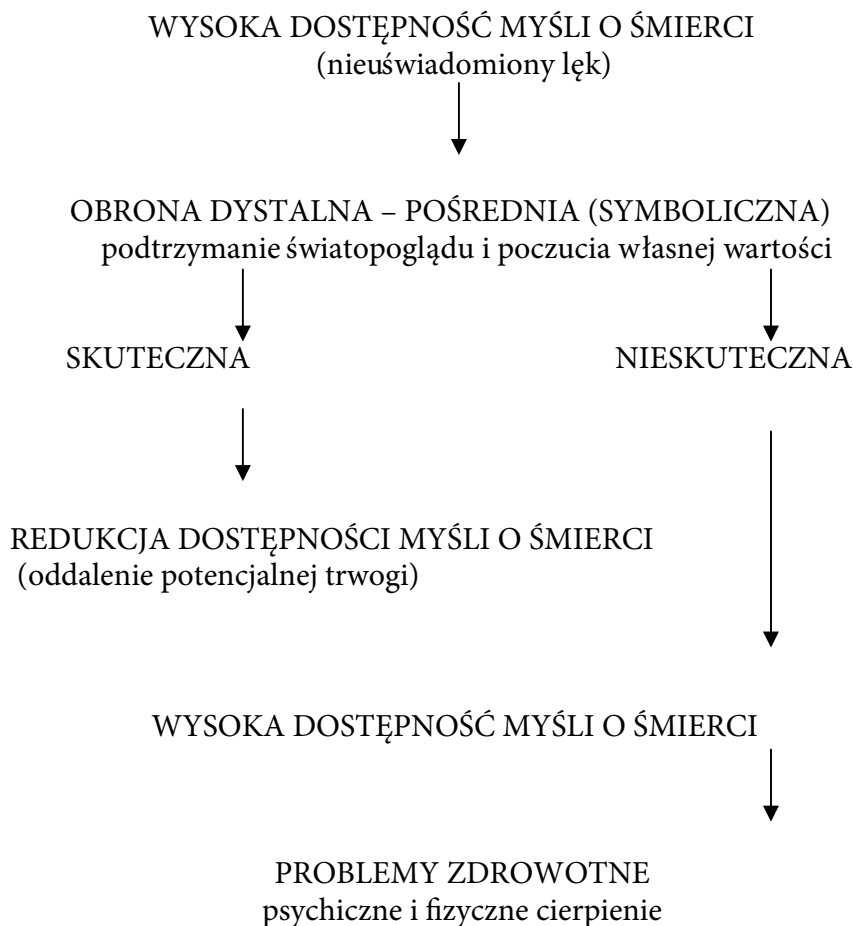
Obrona dystalna – symboliczna, pozornie nie ma żadnego logicznego czy racjonalnego związku z problemem śmierci, ale chroni przed lękiem przez umożliwienie człowiekowi zobaczenia siebie jako wartościowego uczestnika w znaczącym świecie. Polega ona na postępowaniu w zgodzie z przyjętym, zindywidualizowanym światopoglądem kulturowym, dzięki któremu człowiek ma wysokie poczucie wartości siebie jako członka większej i potężniejszej niż on sam całości (jak rodzina, kościół, naród)

i może wierzyć, że jego dusza czy inne ważne aspekty jego samego (np. dzieci, książki, dzieła sztuki, wartości) przetrwają po śmierci jego biologicznego ciała. Tak więc, w odróżnieniu od obrony proksymalnej, obrona dystalna pozwala ludziom myśleć, że mogą transcendować śmierć, a to oznacza, że próbuje ona wyeliminować śmierć na zarówno świadomym, jak i nieświadomym poziomie (Wismar 2006).

Co więcej, o ile obrona proksymalna włącza się tylko wtedy, kiedy myśli o śmierci wchodzi w centrum uwagi, obrona dystalna jest aktywna zawsze, kiedy osoba jest przytomna i świadoma (Pyszczynski i in. 1999). Jej słabość polega jednak na tym, że jest ona skuteczna jedynie wtedy, gdy ludzie wierzą całkowicie w swój światopogląd i są zaangażowani w działania z nim związane, jeśli natomiast ogarniają ich wątpliwości i/lub mają niskie poczucie własnej wartości, stają się podatni na egzystencjalny lęk przed śmiercią. Nie jest on często wyrażany wprost, ale ulega transformacji, przybierając różne formy psychopatologii przynoszące cierpienie osobie i/lub jej otoczeniu (Pyszczynski i in. 1999; Arndt i in. 2008). Opisany tu proces ilustruje wykres 1.

Wykres 1. Model podwójnej obrony przeciwko świadomym i nieświadomym myślom o śmierci (na podstawie: Pyszczynski, Greenberg, Solomon 1999 oraz Arndt, Routledge, Cox, Woldenberg 2008)





Cierpienie jako konsekwencja niewystarczającej obrony przed lękiem związanym ze śmiercią

W myśl podstawowych tez teorii opanowywania trwogi, niepowodzenia w adaptacyjnych mechanizmach obrony dystalnej (tj. niskie poczucie własnej wartości i/lub słaba wiara w światopogląd, brak poczucia sensu własnego życia oraz znaczenia egzystencjalnego), jak również pewne czynniki osobowościowe (np. neurotyczność) i sytuacyjne (np. wysokie obiektywne ryzyko śmierci) przyczyniają się do powstawania różnego rodzaju zaburzeń funkcjonowania. Można tu wymienić (za: Arndt i in. 2008):

- ryzykowne zachowania – jako podejmowane w celu podniesienia poczucia własnej wartości i/lub zaprzeczenia śmierci (i w konsekwencji obrony przed lękiem przed nią), które same w sobie świadczą o zaburzeniach wewnętrznej regulacji, ale mogą też stwarzać dodatkowe problemy zdrowotne i powodować cierpienie własne lub innych osób z otoczenia, z zagrożeniem życia włącznie (np. sięganie po alkohol i narkotyki, przygodny seks, ryzykowna jazda samochodem, odwaga granicząca z brawurą w różnych sytuacjach itp.);
- zaburzenia lękowe – jak np. fobie i zaburzenia obsesyjno-kompulsywne pełnić mogą funkcję pomocniczą w ochronie przed trwogą, zamieniając lęk przed śmiercią w konkretne zagrożenia, dzięki czemu pozwalają człowiekowi odzyskać złudne poczucie kontroli nad własnym życiem (o ile uda mu się kontrolować sytuacje wywołujące nerwicowy już – możliwy do opanowania, a nie egzystencjalny lęk);
- zaburzenia odżywiania i inne, związane z dyskomfortem psychicznym wywołanym fizycznością ciała – potrzeba zdystansowania się od swej zwierzęcej natury z powodu lęku przed śmiercią prowadzić może do „odbiologizowania ciała” – uczynienia zeń „symbolu kulturowego”, co wiąże się często z udręką i cierpieniem w sensie psychicznym i fizycznym wskutek restrykcyjnych diet, rygorystycznych ćwiczeń, operacji plastycznych, ignorowania potrzeb ciała itp.; tego typu zabiegi mają też podnieść samoocenę poprzez dopasowanie się do kulturowych standardów atrakcyjności i sukcesu, warto jednak pamiętać, że takie „uprzedmiotawianie ciała”, „odcieleśnianie Ja” – choć ma chronić przed zagrożeniem śmierci, przynosi inne rodzaje ryzyka dla fizycznego i psychicznego zdrowia, a wręcz życia (jak np. w przypadku anoreksji);
- dysocjacyjne reakcje na traumę – w pozostających poza kontrolą człowieka sytuacjach realnego zagrożenia życia, ochroną przed obezwładniającym lękiem przed śmiercią jest emocjonalne (choć nie fizyczne) wycofanie się z traumatycznego doświadczenia; dysocjacja, której towarzyszy proces depersonalizacji oraz fragmentacji myśli i emocji związanych z traumatycznym wydarzeniem, stanowi sposób radzenia sobie z lękiem, ale jednocześnie przyczynia się do powstawania takich zaburzeń, jak np. pourazowe zaburzenie stresowe (PTSD), zaburzenia osobowości z pogranicza (*borderline*), zaburzenia odżywiania (bulimia), co z kolei prowadzi do większej podatności na lęk przed śmiercią i innych problemów;
- zaburzenia depresyjne – z punktu widzenia TOT depresja pojawia się dlatego, że ludzie tracą wiarę w swoją koncepcję życia i jej znaczenie,

np. wskutek doświadczenia braku lub niemożności osiągnięcia jakiegoś celu, a w związku z tym tracą także poczucie sensu życia i własnej wartości, stając się mniej zdolni do tłumienia myśli na temat śmierci, a tym samym bardziej podatni na egzystencjalną rozpacz.

W sytuacjach kiedy – z różnych powodów – zawodzą wspomniane mechanizmy obrony przed lękiem dotyczącym śmierci i związanym z tym cierpieniem, pojawić się mogą różne, niejako „zastępcze” formy zarówno ochrony, jak i cierpienia. Rozwiązanie jest wprawdzie samo w sobie bolesne i niedoskonałe, wszak lepsze niż pogrążenie się w pustce egzystencjalnej rozpacz. Bywa jednak i tak, że ta „zastępcza obrona” przed śmiercią, zwłaszcza w postaci „igrania z nią” (jak w przypadku skrajnego ignorowania potrzeb własnego ciała i realnego zagrożenia życia) prowadzi – paradoksalnie – do kresu życia, a to „inne cierpienie” z przyczyn fizycznych czy psychicznych jest tak dotkliwe, że osoba sama pragnie śmierci. Tego jednak teoria opanowywania trwogi już nie wyjaśnia.

Podsumowanie

Teoria opanowywania trwogi, łącząca biologiczny motyw przetrwania ze świadomością własnego istnienia pozwala zrozumieć wiele zachowań człowieka, sprowadzając je do głównego motywu radzenia sobie z lękiem przed śmiercią. Pomaga w ten sposób wyjaśnić, jak unikając jednego cierpienia, wynikającego ze świadomości własnej skończoności, ludzie mogą popadać w inne cierpienie, związane z problemami psychicznymi i fizycznymi, kiedy formy obrony przed lękiem przed śmiercią są z różnych powodów niewystarczające. Nie wyjaśnia jednak pragnienia śmierci u osoby cierpiącej, ani postępującej wraz z wiekiem akceptacji własnej śmierci czy też faktu sprzeciwiania się konwencjom, tworzenia nowych idei, zmian przekonań światopoglądowych i religijnych (por. Rusarczyk 2008; Oleś 2008).

Co więcej, warto tu chyba podkreślić, za innymi autorami, że świadomość własnej śmiertelności to nie tylko źródło „specyficznie ludzkiej tragedii”, ale też i „specyficznie ludzkiej glorii”, „natchnienia najwspanialszych z ludzkich wlotów”, „pobudki do twórczego zrywu” – jak pisze Z. Bauman, przestrzegając za Borgisem: „cokolwiek się w życiu ludzkim liczy, liczy się dlatego, że życie ludzkie ma kres i że ludzie o tym wiedzą. Cokolwiek ludzie robią, nabiera sensu dzięki tej wiedzy. Gdyby się kiedyś udało im śmierć pokonać – wszystkie te sprawy, jakim oddają się

i nad jakimi pracują mozolnie, by nadać jakiś cel swemu absurdalnie ulotnemu życiu, straciłyby znaczenie”. „To tylko marzenie o nieśmiertelności wypełnia życie śmiertelników sensem, zaś życie wieczne, gdyby się kiedykolwiek ziściło, byłoby sensu pozbawione” (Bauman 2000, s. 255–256). Nie chodzi zatem o to, by znieść śmiertelność – bo takie życie byłoby nie do zniesienia, ale by nauczyć się żyć ze świadomością tymczasowości wszystkiego, docenić wartość życia i umieć twórczo wykorzystać ten „darowany czas”.

Jak podkreśla wielu autorów, lęk przed niebytem leży u podstaw wszelkich innych lęków (por. Dodziuk 2001; Yalom 2008) i może – zwłaszcza kiedy jest nieświadomy i nieprzepracowany, ale także wtedy, gdy narzuca się nieubłaganie z całą oczywistością w codziennym doświadczeniu – rządzić naszym życiem, stając się przyczyną wielu problemów i cierpień. Unikanie konfrontacji z nim, ucieczka w kolejne obrony przysparza jedynie cierpienia i paradoksalnie – przyspieszyć może kres życia, a z pewnością odbiera radość jego przeżywania.

Bibliografia

Rusarczyk M. (2008), *Teoria opanowywania trwogi. Wprowadzenie do elementów aktualnego dyskursu i prezentowanych tekstów*, [w:] *Teoria opanowywania trwogi. Dyskurs w literaturze amerykańskiej*, red. M. Rusarczyk, Warszawa.

Arndt J., Routledge C., Cox C.R., Goldenberg J.L. (2008), *Robak we wnętrzu wszystkich naszych źródeł radości. O źródłach dysfunkcji psychologicznych z punktu widzenia teorii opanowywania trwogi*, [w:] *Teoria opanowywania trwogi. Dyskurs w literaturze amerykańskiej*, red. M. Rusarczyk, Warszawa.

Bauman Z. (2000), *Ponowoczesność jako źródło cierpienia*, [rozdział:] *Medycyna, informatyka i życie wieczne*, Warszawa.

Dodziuk A. (2001), *Nie bać się śmierci*, Warszawa.

Pyszczynski T., Greenberg J., Solomon S. (1999), *A Dual-Process Model of Defense Against Conscious and Unconscious Health-Related Thoughts: An Extension of Terror Management Theory*, „Psychological Review”, t. 106, nr 4, s. 835–845.

Wismar A. (2006), *Digging In Terror Management Theory: To Use or Lose the Symbolic Self*, „Psychological Inquiry” t. 17, nr 4, s. 319–327.

Oleś P.K. (2003, 2005, 2008), *Wprowadzenie do psychologii osobowości*, [rozdział:] *Światopogląd i poczucie własnej wartości – teoria opanowywania trwogi*, Warszawa.

Yalom I.D. (2008), *Patrząc w słońce. Jak przetrwać grozę śmierci*, Warszawa.

Agnieszka Górecka, Monika Cempa

Problemy duchowe pacjentów w obliczu śmierci

Śmierć jest „królową przerażenia”, czymś, co wszechogarnia i trwoży nas wszystkich. Bezmiar cierpień duchowych, zwłaszcza w obliczu śmierci, jest tak nieokreślony i niezmierny, jak bogactwo duchowych możliwości człowieka. Dusza jest czymś najdoskonalszym, co odróżnia nas od innych istot żywych. Nasze życie duchowe jest wydarzeniem rozgrywającym się gdzieś w ukryciu, we wnętrzu naszego ducha. Wszystko, co człowiek robi, przypisujemy jego uwarunkowaniom psychicznym, zapominając tak często o tej „przestrzeni”, którą jest sfera duchowa. Życie duchowe jest najwyższą formą życia, które przekracza i w dużej mierze przenika cielesność i psychikę, dlatego też należy zastanowić się i próbować dostrzegać problemy duchowe pacjentów w obliczu śmierci. Warto mieć świadomość rozterek takich osób, gdyż tylko w ten sposób możemy nieść im pomoc, rozwiązuje to ponadczasowe problemy, nawet poprzez najprostsze ludzkie gesty.

Jednym z wielu problemów duchowych nękających człowieka stojącego na krawędzi życia i śmierci jest **ogromny strach** przed zbliżającą się śmiercią. Nie myślimy o własnej śmierci, ponieważ się jej boimy. Śmierci boją się wszyscy niezależnie od wieku, ludzie starzy i schorowani również pragną żyć, gdyż w każdym z nas tkwi wielka i nieodparta chęć ży-

cia. Człowiek pragnie życia bez granic, dlatego lęka się jego załamania przez chorobę, a także lęka się rozstania bez nadziei na ponowne spotkanie. Unikanie myśli o śmierci nie czyni nas nieśmiertelnymi. Kto nie myśli o swojej śmierci, ten oszukuje sam siebie, ponieważ każdy, kto się urodził, musi kiedyś umrzeć. Uważamy śmierć za największe zło, podczas gdy sam lęk rodzi się właśnie z obawy przed nią. Mnóstwo ludzi oszukuje się, tłumacząc sobie, że choroba doprowadzająca do śmierci i sama śmierć to zjawiska przypadkowe. Co więcej, strach przed śmiercią pogłębia naiwną wiarę w możliwości uleczenia każdej choroby, skłania ludzi, nawet rozsądnych do uciekania się w ciężkich chwilach, kiedy wszystko już zawiodło, a lekarze nie dają szans, do znachorów, którzy tylko żerują na cudzym nieszczęściu. Trudno się temu dziwić, gdyż człowiek stojący w obliczu śmierci pokłada nadzieję we wszystkim. Łatwiej jest zaakceptować fakt śmierci osobie wierzącej, która wie, że umiera po to, by po śmierci nadal żyć, istnieć. Dlatego nie ma powodu traktować śmierci jako tematu tabu. O śmierci powinno mówić się często, wtedy będzie dla nas, a przede wszystkim dla umierających pacjentów normalnym zjawiskiem, nie będzie powodować takiego niepokoju i buntu. Jeśli osoba chora zaczyna mówić o śmierci, to nie wolno nam jej uciszać, mówiąc np. „niech pani nie wygaduje takich głupstw”, bo właśnie uciekanie od tego tematu dodatkowo potęguje lęk i strach. Należy spokojnie wysłuchać tego, co chory chce nam powiedzieć i przekonać spokojnie, że śmierć nie jest taka straszna, że to właściwie przejście do innego życia, do lepszego życia, że to tak jakby osobiste zaproszenie od samego Boga.

Równocześnie ze strachem przed śmiercią podąża **poczucie osamotnienia**. Towarzyszy ono człowiekowi pośrednio czy też bezpośrednio w ciągu całego życia, jednak w obliczu śmierci to uczucie doskwiera ze wzmoczoną siłą. Samotność, smutek, pomimo że należą do nieprzyjemnych uczuć, nie powinny człowieka zbyt przerażać, gdyż nawet sam Pan Jezus wiele razy w swym życiu doświadczył samotności, chociażby modląc się w Ogrodzie Oliwnym czy podczas swej Drogi Krzyżowej. Strach przed samotnością jest straszny, dlatego nawet krótka rozmowa i życzliwy gest albo tylko trzymanie za rękę w obliczu śmierci dla człowieka znaczy więcej niż inne czasem puste słowa czy zapewnienia. Dla takich ludzi należy mieć zawsze otwarte serce, wiele ciepła i serdeczności. Żadnemu człowiekowi nie wolno przejść obojętnie obok osoby, która gorąco pragnie naszej obecności. Niektórzy ludzie są otwarci, radośnie reagują na obecność każdej nowej osoby, potrzebują zainteresowania, lubią znaleźć się nowo poznanym osobom, szukać w nich słowa pocieszenia. Są też

tacy pacjenci, którzy milczą. Są zamknięci w sobie i budują wokół siebie „szklaną szybę”, przez którą trudno jest przedostać się innym ludziom. Są wrogo nastawieni do personelu medycznego i procesu leczenia, sprawiają wrażenie oschłych, agresywnych, z niczego niezadowolonych, co powoduje, że inni niechętnie nawiązują z nimi kontakt, tym samym nieświadomie przyczyniają się do budowania ściany już nie ze szkła, lecz z kamienia.

Najważniejsze, by nikt z personelu medycznego nie zniechęcał się i nie omijał szerokim łukiem takich pacjentów. To właśnie postawa pełna otwartości, miłe spojrzenie, ciepłe słowa, dużo cierpliwości na pewno przyczynią się do przełamania „lodowej ściany”, którą pacjent stworzył wokół siebie. Już sama próba zrozumienia tych lęków oraz danie temu werbalnego i pozawerbalnego wyrazu działa uspokajająco na pacjenta i pomaga w odbudowaniu nadziei i zaufania.

Człowiek w obliczu śmierci zaczyna analizować swoje życie, co w nim osiągnął, a czego nie, zaczyna krytycznie patrzeć w przeszłość. Zwykle wtedy zamiast myśleć o tym, co dobrego uczynił innym, raczej przypomina sobie wszystkie krzywdy, jakie kiedyś komukolwiek wyrządził. Wtedy do głosu dochodzi często przez całe życie tłumione sumienie. Poczucie winy i rodzące się wyrzuty sumienia za krzywdy wyrządzone winnym stanowią element cierpienia duchowego człowieka. Często w człowieku tkwi poczucie winy jakby nieokreślone, że kogoś nie zauważyliśmy, kogoś pominęliśmy, dla kogoś byliśmy ciężarem, rozbudzaaliśmy w kimś oczekiwania, może miłość, bawiliśmy się ludzkimi uczuciami, a może komuś sprawiliśmy zawód. Czasem to cierpienie duchowe staje się bardziej uciążliwe niż cierpienie fizyczne. Rozmowa z kimś godnym zaufania, przyjaznym, może wiele wyjaśnić oraz przynieść ulgę obciążonemu sumieniu. Dlatego widząc taką strapioną osobę, nie wolno jej unikać, należy zawsze zwrócić wzrok w jej stronę i życzliwym słowem starać się jej pomóc. Wina zamieniona w słowo, przekazana drugiemu człowiekowi nie tylko mniej uwiera, ale przechodzi drogę takiego oczyszczenia, można to nazwać – uwalniania od przeszłości. Kiedy umierający człowiek wyczuje w nas zrozumienie i ciepło, ośmieli się złożyć w nasze ręce swój duchowy ciężar. Jest to ukojenie, którego tak bardzo potrzebuje, oraz największy dobroczynny gest, jaki możemy uczynić wobec drugiego człowieka.

Dla wielu osób problem śmierci staje się bodźcem do rozmyślań nad sensem życia i źródłem depresji i pesymizmu. Człowiek nie może pogodzić się z tym, iż będąc jednostką ludzką, najbardziej doskonałą spośród

innych istot żywych, musi równie niechybnie skończyć swój żywot niczym jakieś zwierzę. Ludzie boją się, że po śmierci nikt o nich nie będzie pamiętał. Należy uświadomić choremu, że w sercach osób bliskich pozostanie on na zawsze. Uzmysłowanie tej prawdy choremu jest bardzo trudne. Negatywne uczucia pojawiające się w obliczu śmierci wynikają w dużej mierze z uświadomienia sobie własnej przemijalności i unicestwienia. Nieuchronny przymus rozstania się z doczesnym światem i podążania ku temu co nieznanie jeszcze bardziej pogłębia ten stan. Jest to trudne do ogarnięcia rozumem przez osoby umierające, a najbardziej dokuczliwa staje się obawa przed niebytem. Śmierć jest traktowana jako kara, która przerywa nasze życie i szczęście. Najtrudniej jest pogodzić się z myślą o konieczności rozstania się z tymi, których kocha się najbardziej. Należy uświadomić choremu, że śmierć nie stanowi końca, i zwrócić jego uwagę na jej religijno-duchowy wymiar.

Wszystkie działania osób, które trwają w tych ostatnich chwilach przy ludziach umierających, powinny prowadzić do tego, by chory przyjął myśl o własnej śmierci ze spokojem i pogodził się z tym. Najważniejszym elementem we współpracy z takimi osobami jest budowanie wsparcia i empatyczna komunikacja. Takie działania potrafią naprawdę uczynić cuda. Poznanie i analiza problemu śmierci jest bardzo ważna, gdyż dotyczy każdego z nas. Niestety każde życie ludzkie kiedyś dobiegnie końca, więc warto mieć świadomość rozterek duchowych, które każdego z nas prędzej czy później dotkną w obliczu śmierci.

Bibliografia

- Aries Ph., *Człowiek i śmierć*, Warszawa 1989.
- Kacperczyk A., *Budowanie interakcji z nieuleczalnie chorym*, „Kultura i Społeczeństwo”, 1998, nr 2.
- Kielanowski T., *Rozmyślania o przemijaniu*, Warszawa 1984.
- Podleśna I., *Życie, miłość, przemijanie, śmierć*, „Wychowanie Na Co Dzień” 2005, nr 4–5.
- Śmierć – ostatni etap rozwoju*, red. E. Kübler-Ross, tłum. K. Sobiepanek-Szczęsna, Warszawa 2008.
- Tarnawa J., *Cierpienie, umieranie, nadzieja*, Kraków 2003.
- Widera-Wysoczańska A., *Rozmowy o przemijaniu: hermeneutyczna analiza psychologiczna doświadczeń człowieka*, Wrocław 2000.

Teresa Weber

Ocena cierpienia umierających w opiece domowej

Wprowadzenie

Od wieków człowiek umierający wymagał i oczekiwał od otoczenia czegoś więcej niż leczenie. Można to ująć słowami „troskliwa opieka”. Ludzie we wszystkich kulturach dbali o utrzymanie życia, jednocześnie tworząc obyczaje i obrzędy określające warunki godnego zakończenia życia. Świadomość, że wszyscy muszą umrzeć, sprawiała, że ludzie godzili się ze śmiercią i przez tysiąclecia umieranie odbywało się w domu przy bliskich. Od IX wieku wypędzono śmierć z domu do obcego szpitala, który obiecuje wyleczenie, ale mimo postępu medycyny nie zawsze dotrzymuje słowa. Śmierć szpitalna była i jest samotna, przerażająca, pełna cierpienia.

Ostatnie dwadzieścia kilka lat to czas rozwoju w Polsce opieki paliatywno-hospicyjnej, kiedy powstawały oddziały i zespoły opieki domowej. Te działania pozwoliły poprawić jakość życia umierających chorych.

Najnowsza opracowana przez WHO definicja opieki paliatywnej największy akcent kładzie na zapobieganie cierpieniu, czyli „działanie, które poprawia jakość życia chorych, ich rodzin stojących wobec problemów związanych z zagrażającą życiu chorobą, poprzez zapobieganie i znosze-

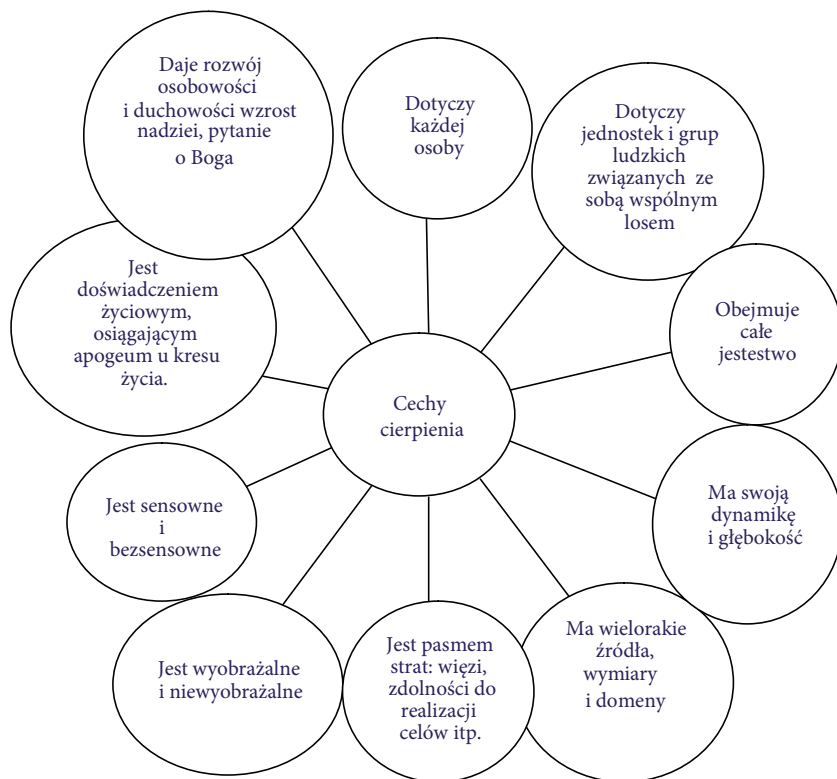
nie cierpienia dzięki wczesnej identyfikacji oraz bardzo starannej ocenie chorego, na leczeniu bólu i rozwiązywaniu innych problemów: somatycznych, psychospołecznych, psychospołecznych także duchowych”.

Problematyką cierpienia od zawsze zajmowali się filozofowie, teologowie lub psychologowie. Współczesne *Encyklopedia PWN* i *Encyklopedia religii PWN* definiują cierpienie jako „dojmujące subiektywne przeżycie, mające źródło w różnego rodzaju brakach, takich jak: głód, nędza, choroba, kalectwo i niepełnosprawność”. Autorzy tego hasła piszą dalej, że „cierpienie jest jednym z bardziej dokuczliwych doświadczeń. Choć niepojęte i często trudne do udźwignięcia, jest splecione z życiem nierozzerwalnie”.

Słowa Sandrina: „cierpiący chory potrzebuje przede wszystkim odpowiedniego leczenia, często jednak samo leczenie nie wystarcza”, oznaczają, że ważne są terapie wpływające na poprawę stanu psychicznego, takie, które zmniejszają natężenie negatywnych emocji, a zwiększają nasilenie pozytywnych, prowadząc do zwiększenia dobrostanu. Od ponad dwudziestu lat cierpienie jest obiektem zainteresowania lekarzy, którzy towarzyszą chorym i nie przechodzą obojętnie wobec tego fenomenu ludzkiego istnienia. Lekarz specjalista medycyny paliatywnej Łuczak definiuje to doświadczenie jako „przykre bolesne odczucia uwarunkowane utratą, chorobą, zwłaszcza długotrwałą, postępującą i zagrażającą życiu. Źródłem cierpienia są te wszystkie przykre zdarzenia, które obniżając jakość życia, wpływają dezintegrująco na całość osoby ludzkiej, obejmując wszelkie obszary ludzkiej egzystencji, a więc to cierpienia cielesne, kiedy ciało niesprawne ogranicza autonomię jednostki ludzkiej, w tym utratę funkcji z powodu osłabienia czy bólu. Inne źródło cierpienia to nasza psychika i związane z nią emocje. Zaburzone więzi międzyludzkie, role, jakie pełniimy w życiu innych i role innych w naszym życiu, mogą dostarczać cierpień o różnym natężeniu”.

Powszechność cierpienia oznacza, że jest ono czymś nieuchronnym, doświadczanym przez każdego człowieka, w każdej niemal chwili, właściwie zawsze. Jak pisał Tatarkiewicz: „nie ma takiego zdarzenia, na które by ktoś kiedyś nie zareagował cierpieniem, czy przeżywając je bezpośrednio, czy wspominając, czy też go oczekując”. Cierpienie u każdego człowieka wywołuje inne uczucia, myśli i reakcje. Może być wyrażane w całkowicie jedyny i indywidualny sposób. Każdy człowiek ma osobistą, wyjątkową, subiektywną wizję własnego cierpienia, a także właściwą sobie granicę cierpienia.

Wykres 1. Problematyczność cierpienia wg Łuczaka



Sposobem postępowania z umierającymi zajmuje się bioetyka, która określa zasadność oraz zakres działań medycznych i innych (np. psychologicznych, społecznych oraz duchowych).

Lekarz ma moralny obowiązek będący konsekwencją nakazu sumienia walczyć z cierpieniem, ale obowiązek ten wynika również z *Kodeksu etyki lekarskiej*. Rozwój nowej specjalności, jaką jest medycyna paliatywno-hospicyjna, służy temu celowi od dwudziestu kilku lat. Jej terapie i sposób opieki pozwoliły poprawić jakość życia umierających chorych.

Zakres terminu *opieka paliatywna* jest szerszy niż *medycyna paliatywna*, ponieważ obejmuje działania wielu osób różnych specjalności, a nie tylko postępowanie terapeutyczne. Podmiotem medycyny i opieki paliatywnej są chorzy u schyłku życia. Światowa Organizacja Zdrowia w najnowszej deklaracji z 2003 roku wprowadziła zasady, według których opieka paliatywna powinna:

- zapewnić leczenie bólu i innych objawów u każdego chorego,
- afirmować życie, a umieranie traktować jako normalny proces, który jednoczy wszystkich ludzi,
- integrować wszystkie, tj. psychologiczne, społeczne i duchowe aspekty opieki, ponieważ zapewnienie komfortu cielesnego nie wystarcza do osiągnięcia dobrej jakości umierania,
- oferować takie systemy wspierania, aby chory mógł żyć normalnie aż do śmierci,
- oferować rodzinie systemy wsparcia w czasie choroby bliskiego i po jego śmierci,
- działać zespołowo, aby móc zaspokoić różnorakie potrzeby chorego,
- nie przyśpieszać ani nie odraczać śmierci,
- poprawiać jakość życia poszczególnego chorego według jego potrzeb,
- mieć zastosowanie wcześniej w procesie chorobowym, jednocześnie z terapiami przyczynowymi i przedłużającymi życie chorego.

Współczesne poglądy na temat stosowania opieki paliatywnej zalecają jej włączenie we wczesnej fazie choroby nowotworowej i innej choroby nieuleczalnej, wpływając na jakość życia. Opieka terminalna jest kontynuacją opieki paliatywnej, jej ostatnim etapem, więc dotyczy chorego umierającego.

Terapie paliatywne, a więc leczenie objawowe zalecane przez lekarzy powinno obejmować: ocenę objawu, wyjaśnienie choremu przyczyny, indywidualizację leczenia oraz jego monitorowanie.

Wszechstronne działania z zakresu farmakoterapii, psychoterapii, rehabilitacji, poprawa relacji interpersonalnych i stanu duchowego, jako opieka paliatywna mają wpływać na poprawę jakości życia w okresie schyłku życia chorych.

Od 1999 roku istnieją w dziedzinie medycyny paliatywnej standardy, według których na milion mieszkańców powinno przypadać 50 łóżek stacjonarnych oraz Specjalistyczna Poradnia Medycyny Paliatywnej, Zespół Opieki Domowej, Dzienny Ośrodek Opieki, Poradnia Obrzęku Limfatycznego oraz w szpitalu ogólnym Szpitalny Zespół Wspierający.

Polska jest krajem, w którym obserwujemy wzrost zapotrzebowania społecznego na ten rodzaj leczenia, gdyż dane epidemiologiczne mówią o stale wzrastającej ilości nowych zachorowań na nowotwory. Wszyscy umierający, a jest ich dużo ponad 80 tysięcy, wymagają szeroko pojętej

terapii paliatywnej. Obserwowane obecnie zmiany poglądów etycznych i prawnych eksponujących szczególnie autonomię chorego wpływają na sposób postępowania osób towarzyszących choremu w drodze do śmierci. Problematyka ta jest przedmiotem dyskusji w różnorodnych środowiskach, albowiem umieranie i śmierć dotyczą każdego z nas.

Stąd pomysł, aby ocenić cierpienie totalne u schyłku życia chorych w opiece hospicjum domowego w różnych wymiarach: fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym.

Materiał i metody

Badania, które miały charakter ankietowy, prowadzone były ponad rok i zakończone zostały w maju 2007. Komisja Bioetyczna Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego wyraziła zgodę na prowadzenie badań. Kwalifikacja chorych do wypełniania kwestionariuszy odbywała się w momencie zakończenia leczenia przyczynowego i skierowania chorych do leczenia objawowego w zaawansowanym okresie choroby nowotworowej. Ważne było, aby stan ogólny pacjentów stwarzał możliwość samodzielnego wypełniania ankiet. Chorzy wiedzieli, że są pacjentami hospicjum, że są w okresie schyłku życia i podpisywali świadomą zgodę na prowadzenie badań.

Ostatnim kryterium kwalifikacji było ukończenie 50 roku życia. To taki wiek w cyklu życia człowieka, kiedy jest on w stanie ocenić czas przeżyty i ma ukształtowany obszar duchowości. Metodyka badań opierała się na subiektywnej ocenie dokonywanej przez chorych, ankiety były wypełniane przez pacjentów samodzielnie trzykrotnie (co 10 dni) w ciągu miesiąca.

Zakwalifikowani chorzy (50 osób) byli objęci opieką przez hospicjum domowe, mieszkali w swoich domach w granicach miasta Krakowa.

W pracy wykorzystano zaproponowaną przez de Walden-Gałuszko uproszczoną ocenę efektywności opieki opartą na RSCL (Rotterdam-ska Skala Objawów) z Ogólną Oceną Jakości Życia oraz Kwestionariuszu STAS (który ocenia sytuację społeczną).

Ostatnią ankietą był złożony z 10 pozycji Kwestionariusz Obszaru Duchowości.

Dwa kwestionariusze chorzy wypełniali co 10 dni, a ostatni oddawali na ostatniej wizycie, więc mieli czas na modyfikowanie swoich ocen.

Ogólna, całkowita ocena cierpienia wymagała analizy wpływu wielu czynników, z których jedne wynikały z terapii i organizacji opieki, inne z komunikacji z chorym, a jeszcze inne to czynniki indywidualne dla każdego chorego, takie jak: sytuacja rodzinna, społeczna, duchowa oraz zadowolenie z opieki.

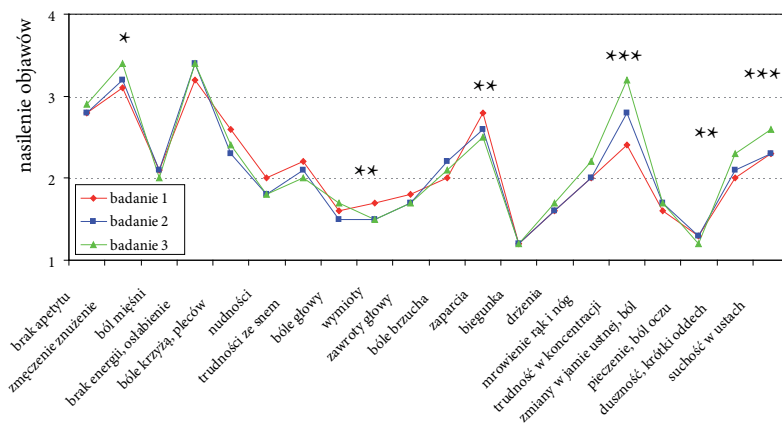
Wyniki i ich omówienie

Sposób omówienia wyników wpływał z kolejności stawianych celów. Pierwszym była ocena cierpienia fizycznego, która odnosiła się do skuteczności zastosowanej farmakoterapii zlecanej przez lekarza z hospicjum, realizowanej przez bliskich pod nadzorem pielęgniarki hospicyjnej. Częstość wizyt pielęgniarskich i lekarskich regulował kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny paliatywnej.

Wykres 2 przedstawia ocenę punktową nasilenia poszczególnych objawów skali obszaru fizycznego w czasie miesięcznej terapii. Dolegliwości mają zasadniczy wpływ na odczuwanie cierpienia fizycznego i jest to szczególnie strefa działań lekarsko-pielęgniarskich. Otóż stwierdzono, że chorzy zgłaszali narastające „zmęczenie i znużenie”, czyli objawy charakterystyczne dla czasu schyłku życia i na które nie ma wpływu leczenie. Różnice te były statystycznie znamienne pomiędzy pierwszym a trzecim badaniem. Wymioty, na które chorzy skarżyli się przy pierwszej wizycie, były skutecznie leczone, tak że dolegliwość ta już w badaniu drugim i trzecim została znamienne złagodzona. Skutecznie leczone były również zaparcia, stwierdzono tu różnice istotne statystycznie pomiędzy pierwszym a trzecim badaniem. Niestety w trakcie leczenia chorzy zgłaszali nasilenie trudności w koncentracji, duszność i suchość w ustach.

Różnice te były statystycznie znamienne pomiędzy pierwszym a trzecim badaniem. Wyniki przedstawiono na poniższym wykresie, na którym widać średni profil skali nasilenia objawów sfery fizycznej w opiece domowej w kolejnych badaniach.

Wykres 2. Ocena punktowa nasilenia poszczególnych objawów skali obszaru fizycznego podczas miesięcznej terapii



Cierpienia fizyczne chorych w domu były skutkiem braku apetytu, duszności i zaparć. Zwraca uwagę to, że różnego rodzaju bóle były skutecznie leczone, a ich natężenie było raczej niskie i nie miało wpływu na cierpienia fizyczne.

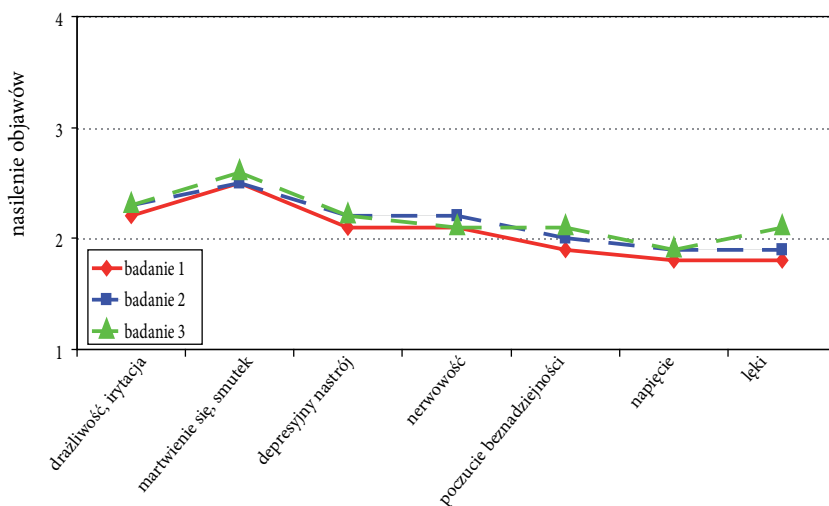
Drugim obszarem cierpienia była sfera emocji, sfera psychiczna. To również teren działań lekarsko-pielęgniarskich, ale pomocna jest obecność psychologa z metodami psychoterapeutycznymi. Nasilenie objawów psychicznych chorzy oceniali, odpowiadając na siedem pytań/itemów w Rotterdamskiej Skali Objawów.

Chorzy w opiece domowej, u których stosowano leczenie paliatywne, mieli małe natężenie dolegliwości z tego obszaru. Nie stwierdzono zmian statystycznie istotnych w poszczególnych pozycjach skali pomiędzy kolejnymi badaniami. Można było uznać dom za miejsce bezpieczne dla chorych, bo nie zgłaszali tutaj „lęków i poczucia beznadziejności, nie denerwowali się i nie byli napięci”. Jedynie smutek, który naturalnie towarzyszy człowiekowi mającemu świadomość zbliżającej się utraty największej wartości, jaką jest życie, osiągał znaczne nasilenie.

Dom okazał się szczególnym miejscem dla umierającego człowieka, bo stwarzał minimum normalnego życia wśród bliskich w nienormalnej dla każdego człowieka sytuacji umierania. Obecność kochającej rodziny wpływała na zmniejszenie subiektywnie ocenianego cierpienia. Dom

wprowadzał element zwyczajności w przeżywaniu dni ostatnich, kiedy jeszcze umierający chciał uczestniczyć w codzienności.

Wykres 3. Natężenie siedmiu objawów psychicznych chorych leczonych w domu.



Cierpienia psychiczne chorych w domu były niewielkie i wpływały ze smutku, który towarzyszy człowiekowi umierającemu, znajdującemu się w sytuacji granicznej. Postawa bliskich pełna spokoju, ufności i zwykłego ciepła miała wielki wpływ na zmniejszenie odczuwania tych cierpień.

Następny, jakże ważny obszar cierpień ma związek z otoczeniem, ludźmi, z którymi chory komunikuje się i z którymi tworzy więzi. Do oceny cierpienia społecznego przeanalizowano wyniki kwestionariusza oceniającego sytuację społeczną STAS, w którym szczególną wagę miały relacje wewnątrzrodzinne, sytuacja społeczna mierzona potrzebami finansowymi i aspekt szpitalny wyrażony relacjami ze wszystkimi opiekunami i pracownikami medycznymi biorącymi udział w terapii paliatywnej.

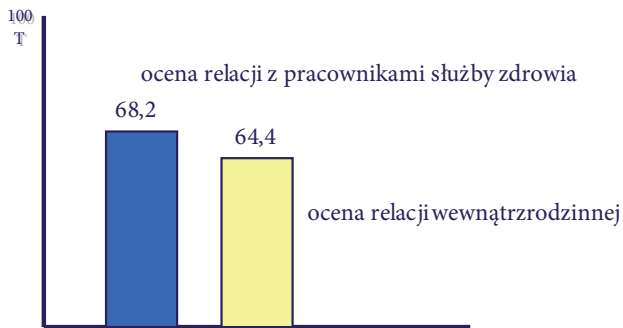
To obszar cierpień często niedoceniany w ocenie cierpienia totalnego, stąd konieczność badań tej sfery.

Umierający jest człowiekiem, nie jest rzeczą, wobec której ludzie znajdujący się blisko mogą być obojętni i niczym się nie przejmować. Nie jest prawdą, że nic się nie da zrobić. Można i trzeba być przy chorym, a to ważniejsze niż wiele badań, medykamentów, następnych terapii. Umierający człowiek pragnie, oczekuje, a czasem wręcz domaga się zrozumienia, wsparcia, bliskości, czułości i tych wielu uczuć, których pragnął, kiedy był zdrowy. Tylko tworząc dobre więzi w ciągu całego życia, możemy oczekiwać, że nie zostaną zerwane pod jego koniec.

Analizując wyniki kwestionariusza STAS, chorzy w stanie terminalnym nie zgłaszali problemów związanych ze złą sytuacją finansową i nie wpływało to na odczuwanie cierpienia społecznego.

Wykres 4. Ocena relacji chorych z pracownikami służby zdrowia i relacje wewnątrzrodzinne

WYNIKI: Ocena cierpienia społecznego



Na wykresie przedstawiono graficznie ocenę relacji z pracownikami służby zdrowia i relacje wewnątrzrodzinne. Pracownicy zespołu hospicyjnego mieli najlepszy kontakt ze swoimi umierającymi podopiecznymi, przebywającymi w domach, o czym świadczy wysoki wynik w skali tenowej (68,2).

Własny dom był miejscem, gdzie pacjenci mieli najlepsze warunki do chorowania i gdzie najłatwiej było nawiązać bliskie, przyjacielskie więzi i stać się dla chorego przewodnikiem w terminalnej chorobie. Lekarz przychodzący na wizytę do domu był do dyspozycji tylko jednego chorego człowieka i być może na skutek domowej atmosfery, która stwarzała specjalne warunki, lekarz tracił swoją paternalistyczną postawę, aby być bardziej człowiekiem niż profesjonalistą lekarzem. Istotne było również

to, że czas wizyt opiekunów był przeznaczony tylko na jednego człowieka, na procedury medyczne i pielęgnacyjne, ale też na rozmowy, aktywne słuchanie, na wspólne posiłki, na „bycie razem”. Tego ważnego aspektu zawsze brakowało chorym na oddziałach i mogło być przyczyną cierpień społecznych. Analizując więzi wewnątrzrodzinne, chorzy w domu dość dobrze oceniali ten obszar. Ocena tej części kwestionariusza sytuacji społecznej potwierdziła opinię, że najłatwiej utrzymywać więzi rodzinne w naturalnym dla każdego człowieka środowisku, jakim jest dom.

Należy podkreślić wielki ciężar cierpień społecznych i zwrócić uwagę na głęboki ból umierających związany z utratą pozycji w społeczeństwie, z osamotnieniem i bezradnością, bólem, który jest szczególnie silny w warunkach opieki poza domem.

Ostatnim, najgłębszym, najtrudniejszym do rozpoznania i leczenia obszarem jest świat duchowy człowieka. Szczególnego znaczenia nabiera on u schyłku życia ludzkiego. Aby ocenić cierpienia duchowe i potem pomagać je zmniejszać, trzeba poznać tę sferę. Do tego celu służyły ankiety, które zawierały 10 pozycji dotyczących czasu przeszłego. Odnosiły się do świata wartości, przeżywania uczuć wyższych (takich jak miłość, przyjaźń), poczucia krzywdy, potrzeby przebaczenia, sensu życia i wiary oraz praktyk religijnych. Pytania w ankiecie wymagały wielu przemyśleń, więc chorzy mogli korygować odpowiedzi przez cały czas obserwacji.

Problem tego rodzaju cierpień jest niezwykle złożony i stanowi głębię cierpienia totalnego, szczególnie dla chorych czujących potrzebę mówienia o śmierci. Można domniemywać, że chęć ta wypływa ze swoistego *katharsis* (oczyszczenia, odrodzenia), aby rozładować napięcie, oswoić umieranie, skupić się na ocenie przeżytego życia, znalezieniu jego sensu w doświadczaniu śmiertelnej choroby.

Analizując wyniki opracowanych statystycznie ankiet, można stwierdzić, że poczucie dobrze i z sensem przeżytego życia oraz świadomość doświadczania miłości ma zbliżony do istotności statystycznej (0,50) wpływ na odczuwanie cierpienia duchowego. Natomiast okazało się, że dla badanych chorych mniej istotna była wiara i udział w praktykach religijnych.

Podsumowanie

Z dotychczasowych bogatych doświadczeń innych głównych ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce wynika, że przeważającą liczbę chorych zapewniono właściwą, zgodną ze standardami opiekę

w warunkach domowych. Większość terminalnie chorych pacjentów zmęczona wielokrotnymi pobytami w szpitalach (dotyczy to również dzieci i młodzieży) chciałaby jak najdłużej korzystać z opieki domowej i umierać we własnym domu, jeśli tylko dostępna jest profesjonalna pomoc.

Oceniając cierpienie totalne miarą natężenia objawów somatycznych i psychicznych, można stwierdzić, że cierpienia fizyczne, a przede wszystkim ból – najstraszniejszy ciemżca ludzkości może być skutecznie leczony. Ważny jest warunek: chory jest objęty opieką domową przez wyszkolony, profesjonalny zespół z hospicjum.

Opinia innych autorów na temat cierpienia psychicznego sugeruje, że ten obszar dolegliwości psychicznych jest jeszcze mało doceniany, ponieważ lekarze skupiają się na opanowaniu dolegliwości fizycznych, inne zaś problemy są odsuwane na dalszy plan.

Tak jak wzrasta konieczność oddziaływań czysto leczniczych, opiekuńczych i pielęgnacyjnych, tak też każdy pacjent oczekuje przede wszystkim uważnej bliskości, dającej poczucie bezpieczeństwa i emocjonalnego wsparcia, które ułatwia radzenie sobie z bezradnością i lękiem. Istotne jest także wyjaśnianie wątpliwości dotyczących stanu aktualnego i przedstawienie prawdopodobnego biegu wydarzeń. Chorzy często pytają: Co mnie czeka? Jak będę umierać? A także: Jakie umieranie może mi zaofiarować współczesna medycyna? Rozmowa na tak trudne tematy wymaga trafnej oceny sposobu radzenia sobie ze stresem przez pacjenta, i co za tym idzie: poznania jego oczekiwań, a to nakłada szczególny wymóg na lekarza opiekuna. Powinien mieć odpowiednie doświadczenie i wiedzę, ale też dużą wrażliwość i umiejętność empatii. Można dojść do przekonania, że pacjent, tak samo jak ma prawo znać diagnozę, tak samo ma prawo nie znać prawdy, jeśli tego nie chce i lekarz, kierując się zasadą autonomii chorego człowieka, powinien uszanować te potrzeby.

Terminalna choroba nowotworowa stanowi krytyczny moment w życiu człowieka nie tylko ze względu na dolegliwości fizyczne, ale też przez spadek każdego rodzaju aktywności, zmianę statusu społecznego, zaburzone relacje interpersonalne, utratę poczucia kontroli nad życiem i zmiany w hierarchii wartości. To wszystko wpływa na odczuwanie dużego nasilenia objawów psychicznych, trudnych do leczenia, ponieważ jeszcze nadal personel opiekujący się umierającym chorym wykazuje zbyt małe zainteresowanie jego psychiką. Taka sytuacja dotyczy przede wszystkim chorych w szpitalach. Wydaje się, że zwracanie uwagi na potrzeby psychospołeczne i zaspokojenie pragnienia przebywania z bliskimi jest niezbędne. Okres terminalny w przebiegu choroby nowotworowej to czas, kiedy chorzy do-

świadczyli już wielu psychologicznych mechanizmów obronnych opisywanych w literaturze, jak: obrona percepcyjna, kompensacja, racjonalizacja, wyparcie, lęk, regresja, projekcja, wycofywanie się lub izolacja od otoczenia, stoicyzm, fatalizm, sublimacja uczuć, nasilenie uczuć religijnych. Według Kübler-Ross reakcje emocjonalne na kryzys w postępującej chorobie nowotworowej przebiegają etapami. Najpierw szok, niedowierzenie i zaprzeczanie, potem bunt i gniew, następnie układy i pertraktacje. Kiedy choroba postępuje, leczenie przyczynowe nie przynosi pozytywnych rezultatów, reakcją psychiczną jest depresja związana z przeżywaniem lęku, obniżeniem nastroju i poczuciem winy. Niektórym pacjentom udaje się osiągnąć poziom akceptacji, ale nie wszyscy podlegają temu modelowi. Dopiero rozwiązanie problemów i konfliktów emocjonalnych, jakie niesie każdy z etapów, umożliwia zdaniem Kübler-Ross przejście do stanu wyższego.

Bibliografia

- Bartoszek A., *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*, Katowice 2000.
- Bołoz W., *Problemy duchowe w opiece paliatywnej*, „Magazyn Medyczny” 2005, t. 10, nr 5, s. 154.
- Cackowski Z., *Ból, lęk, cierpienie*, Lublin 1997.
- Emblen J.D., *Religion and spirituality defined according to current use in nursing literature*, „Journal of Professional Nursing” 1992, nr 8, s. 41–47.
- Georges J-J., Onwuteaka-Philipsen B.D., Van der Heine A., Van der Val G., Van der Mass P.J., *Symptoms, treatment, and „dying peacefully” in terminally ill cancer patients: A prospective study*, „Supportive Care in Cancer” 2005, t. 13 (3), s. 160–168.
- Gessert C.E., Baines B.K., Kuross S.A., Clark C., Haller I.V., Joel R., *Ethical wills and suffering in patients with cancer: A pilot study*, „Journal of Palliative Medicine” 2004, t. 7 (4), s. 517–526.
- Hardy J.R., Edmonds E., Turner R., Rees E., A’Hern R., *The use of the Rotterdam Symptom Checklist in Palliative Care*, „Journal of Pain and Symptom Management” 1999, t. 18, nr 2, s. 79–84.
- Herbst L., *Hospice care at the end of life*, „Clinics in Geriatric Medicine” 2004, t. 2 (1), s. 54–60.
- Jerant A.F., Azari R.S., Nesbitt T.S., Meyers F.J., *The TLC model of palliative care in the elderly: Preliminary application in the assisted living setting*, „Annals of Family Medicine” 2004, t. 2, nr 1, s. 54–60.
- Liszka P., *Teologiczna interpretacja umierania człowieka – aspekt teoretyczny*

i praktyczny, [w:] *Antropologia medycyny i farmacji w kontekście kulturowym, społecznym i historycznym*, red. B. Płonka-Syroka, „Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego A.M. we Wrocławiu” 2008.

Łuczak J., *Charakterystyka, rozpoznanie, wspomaganie cierpiących, powinności leczących, skuteczność pomocy cierpiącym chorym*, [w:] *Człowiek nieuleczalnie chory*, red. B. Block, W. Otrębowski, Lublin 1997.

Majkowicz M., *Wielopoziomowa ocena stanu podmiotowego pacjentów z chorobą nowotworową*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis” (Gdańsk) 2005, t. 35 (2).

Penson R.T., Partridge R.A., Shah M.A., Giansiracus D., Chabrier B.A., Lynch T.J., *Fear of Death*, „The Oncologist” 2005, t. 10, nr 2, s. 160–169.

Puchalski C.M., Dorff R.E., Hendi I.Y., *Spirituality, religion and healing in palliative care*, „Clinics in Geriatric Medicine” 2004, t. 20 (4), s. 689–714.

Sandrin L., *Wobec cierpienia*, Kielce 2000.

Saunders C., *Hospicjum św. Krzysztofa*, [w:] *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, red. H. Bortnowska, Kraków 1993, s. 266–296.

Sawatzky R. i in., *A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life*, „Social Indicators Research Springer” 2005, t. 72, s. 153–188.

Standardy produktów (świadczeń) w dziedzinie medycyny paliatywnej. Zespół roboczy „Medycyna Paliatywna” MZiOS, „Nowa Medycyna” 1999 (wydanie specjalne).

Ventafridda V., Conno de F., Caraceni A., Groff L., Brunelli C., Donati I., Tamburini M., *Effects of home care on the place of death of advanced cancer patients*, „European Journal of Cancer” 1997, cz. A, t. 32 (7), s. 1142–1147.

Walden-Gałaszko de K., Majkowicz M., *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce*, Gdańsk 2000.

Walden-Gałaszko de K., *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, Gdańsk 1994, s. 13–36.

Weber T., *Oswajanie umierania*, Kraków 2009.

Weber T., *Ocena terapii paliatywnej w opiece domowej w hospicjum i w szpitalu*, „Ogólnopolski Przegląd Medyczny” 2009, nr 9–10.

Wordliczek J., *Lekarz wobec bólu i cierpienia pacjenta. Materiały z sesji „Dobro chorego w medycynie”*, Kraków 2007.

Dorota Ortenburger

Strategie radzenia sobie w zespole bólu przewlekłego

Wprowadzenie

W świetle literatury czynniki istotne w procesie adaptowania się do trudnej sytuacji, jaką jest zmaganie się z przewlekłym bólem, związane są ze sferą poznawczą i emocjonalną, w tym również konkretnymi przejawianymi strategiami i przekonaniami zdrowotnymi¹. Różnorodność objawów, przyczyn i skutków bólu kręgosłupa sprawia, że problematyka ta staje się wspólną płaszczyzną dociekań badaczy wielu dyscyplin. Problematyka radzenia sobie w sytuacji doznawania bólu staje się przedmiotem zainteresowania dziedziny określanej jako psychologia zdrowia, która w ostatnich latach spotyka się z coraz większym zainteresowaniem specjalistów z różnych dziedzin. Dążenie do pełniejszego poznania roli czynników psychologicznych dla efektywności wszechstronnie prowadzonego postępowania przeciwbólowego stało się celem badań ukierunkowanych na poznanie uwarunkowań skuteczniejszej terapii przeciwbólowej.

¹ C. Villmure, M. Bushnell, *Cognitive modulation of pain: how do attention and emotion influence pain processing?*, „Pain” 2002, nr 95, s. 196–199.

Zagadnienie to należy do problematyki funkcjonowania w sytuacjach trudnych, umiejętności radzenia sobie z nimi i minimalizowania własnych kosztów wynikających z przeżywania stresu. Zgodnie z literaturą, wiele wskazuje, że preferowanie określonych strategii radzenia sobie ze stresem i bólem, który sam jest bardzo silnym stresorem, wpływać może na wiele obszarów życia. Na funkcjonowanie społeczne, utrzymywanie niezależności pomimo choroby i ogólnie zdolności do aktywnego, satysfakcjonującego życia. Z perspektywy osoby cierpiącej z powodu doświadczania przewlekłego bólu, istotne jest, że istnieją takie aspekty trudnej sytuacji, które w pewnej mierze mogą podlegać świadomej kontroli. Możliwość zastosowania sposobów przydatnych w obniżaniu przykro odczuwanego napięcia nerwowego sprzyja lepszemu przystosowaniu się i poprawie samopoczucia².

Niniejszy artykuł dotyczy roli, jaką pełnią różne strategie radzenia sobie w sytuacji doświadczania przewlekłego bólu różnych części kręgosłupa. Celem było zaprezentowanie badań prowadzonych w tym zakresie³, w tym również fragmentu badań własnych. Wyniki badań przedstawione są syntetycznie, z naciskiem na wybrane aspekty podjętej problematyki badawczej. W szczególności skupiono się na rezultatach dotyczących roli tzw. strategii katastrofizowania (czarnowidztwa), która się trzy główne wymiary: uporczywe przemyślanie sytuacji z negatywnym nastawieniem, wyolbrzymianie (np. „boję się, że to, co się dzieje, oznacza, że ból będzie się nasilał coraz bardziej”) i bezradność wobec tego, co dzieje się z własnym organizmem.

Strategie radzenia sobie z bólem w świetle literatury

Powszechnie wiadomo, że każdy człowiek obdarzony jest szeroko rozumianymi odmiennymi zdolnościami przystosowawczymi, przez co reakcja na podobne trudności będzie różna u różnych osób. Uzasadnione wydaje się zadanie pytania, które ze znanych, opisywanych szeroko w literaturze strategii radzenia sobie z dolegliwościami przyczyniają się do tego, że pacjent cierpiący z powodu bólu jest w stanie funkcjonować wedle swojego subiektywnego rozeznania w sposób przez niego do zaakcepto-

² M. Jensen, J. Turner, J. Romano, *Coping with chronic pain: a critical review of the literature*, „Pain” 1991, nr 47, s. 249–283.

³ Z. Juczyński, *Zmaganie się z przewlekłym bólem*, [w:] *Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem*, red. I. Heszen-Niejodek, Poznań 2002, s. 132–152.

wania. Nadal aktualne jest szukanie odpowiedzi na pytanie, czy w chwili obecnej można na podstawie udostępnionego w publikacjach materiału empirycznego wskazać takie spośród strategii, o których z pewnością można sądzić, że mogą odgrywać pozytywną rolę, pomagając osobom cierpiącym z powodu bólu funkcjonować aktywnie, spełniać się w dotychczasowych rolach społeczno-zawodowych i podejmować nowe. Trwa dyskusja nad statusem teoretycznym niektórych strategii radzenia sobie z bólem, tradycyjnie wymienianych wśród reakcji nieprzystosowawczych, niekorzystnie wpływających na samopoczucie, takich jak katastrofizowanie w obliczu dolegliwości⁴. Rozpatrując ten problem zgodnie z powszechnie przyjętym paradygmatem Lazarusa i Folkmana⁵, ocena poznawcza jest tu wyznacznikiem zarówno emocji, jak i radzenia sobie. Ocena poznawcza zapoczątkowuje radzenie sobie, które ma modyfikować zarówno sytuację, jak i własne zachowanie. Podstawowym rodzajem aktywności w sytuacji stresowej jest radzenie sobie, którego przebieg zależy właśnie od oceny poznawczej, zwłaszcza wtórnej, odnoszącej się do możliwości zmiany sytuacji i własnych reakcji⁶. Efektywność tych procesów uważana jest za złożone zagadnienie, ponieważ emocje wzbudzone przez określonego rodzaju ocenę sytuacji odgrywają bardzo istotną rolę, zmieniają sposób widzenia sytuacji, inicjując kolejne reakcje. W literaturze rozważanych jest wiele potencjalnych czynników o charakterze pozamedycznym, o których sądzi się, że pośrednio najprawdopodobniej wpływają zarówno na obciążające organizm człowieka przewlekłe i wyczerpujące reakcje stresowe spowodowane doznaniem bólowymi, jak również i na samo doznawanie bólu.

Zagadnienie to stanowi fragment szerszego obszaru problemowego i ogólnego pytania o to, czy poszczególne strategie zaradcze osłabiają (i w jakim stopniu) wpływ stresu na wskaźniki dobrostanu psychicznego. Ogromne znaczenie dla poradzenia sobie w sytuacji doświadczania bólu przewlekłego (obok sfery poznawczej) przypisuje się tak jak wcześniej powiedziano emocjom. Szczególnie często rozpowszechnione u osób z bólem przewlekłym objawy depresji same w sobie bywają bowiem wtórnie działającym czynnikiem pogłębiającym dolegliwości bólowe⁷.

⁴ M. Jensen, J. Turner, J. Romano, *Coping with chronic pain: a critical review of the literature*, „Pain” 1991, nr 47, s. 249–283.

⁵ R.S. Lazarus, S. Folkman, *Stress, appraisal, and coping*, New York 1984.

⁶ I. Heszen-Niejodek, *Emocje, ocena poznawcza i strategie w procesie radzenia sobie*, [w:] *Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem*, op. cit., s. 174–197.

⁷ J. Dobrogowski, M. Kuś, K. Sedlak, J. Wordliczek, *Ból i jego leczenie*, Warszawa 1996; A. Broome,

W psychologicznym zespole bólu przewlekłego występują okresy zaostżeń, z którymi współwystępują niekorzystne zmiany w zakresie odczuwania bólu, zwiększenie intensywności i częstości odczuwanych dolegliwości. Wiążące się z tym ograniczenie aktywności życiowej staje się w dłuższej perspektywie czasowej źródłem zwiększonego ryzyka pojawiania się lub pogłębiania zaburzeń depresyjnych. U pewnej grupy osób z przewlekłym bólem kręgosłupa występują szczególnie nasilone trudności z adaptacją, z zaakceptowaniem ograniczeń w trybie życia oraz brak dostatecznej motywacji do podjęcia koniecznej rehabilitacji i aktywnego uczestniczenia w programie przeciwbólowym. Reakcje na te sytuacje bywają bardzo zróżnicowane i zmienne w czasie. Często jest między innymi występowanie różnych negatywnych emocji, wzmożona drażliwość. U niektórych osób obserwuje się narastanie postawy roszczeniowej wobec personelu medycznego, spadek poczucia szczęścia, wybuchy gniewu, problemy ze snem. Mogą jednak także pojawiać się reakcje innego typu, uważane za bardziej przystosowawcze, takie jak między innymi wola walki o poprawę samopoczucia i gotowość do wysiłku, do podjęcia potrzebnych działań prozdrowotnych, wzrost motywacji do podjęcia zalecanych ćwiczeń, utrzymywania niedogodnej diety i inne.

Badania pokazują, że te osoby spośród pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów, które nie czują się całkowicie bezradne, lecz mają poczucie, że w pewnym stopniu mogą kontrolować doznania bólowe, funkcjonują lepiej niż pozostali pacjenci. Nie czują się bowiem tak upośledzeni w pełnieniu swojej aktywności życiowej z powodu bólu, jak osoby, które nie dostrzegają możliwości wywierania wpływu na nasilenie i częstotliwość odczuwanych dolegliwości⁸. Świadczą o tym doniesienia w literaturze mówiące o korzystnych efektach zauważanych przy stosowaniu dodatkowych (oprócz farmakoterapii) terapeutycznych oddziaływań psychologicznych, podejmowanych w postępowaniu przeciwbólowym. Znajomość roli procesów poznawczych (już na etapie percepcji bólu), w tym także procesów uwagi, pomaga w głębszym zrozumieniu korzystnego znaczenia, jakie mogą mieć niektóre ze stosowanych przez pacjentów strategii poznawczych pomocnych w zmaganiu się z bólem. Wiedza ta może być wykorzystywana w budowaniu określonych strategii radze-

H. Jeliccoe, *Ból – jak z nim żyć*, Warszawa 1995; L.M. McCracken, Ch. Eccleston, *Coping or acceptance: what to do about chronic pain?* „Pain” 2003, nr 105, s. 197–204.

⁸ A. Golec, *Psychologiczne aspekty bólu*, [w:] *Medycyna bólu*, red. J. Dobrogowski, J. Wordliczek, Warszawa 2004.

nia sobie korzystnych dla samopoczucia i ogólnego funkcjonowania osób cierpiących z powodu bólu. Trafnym przykładem byłyby w tym miejscu między innymi dystrakcja i przewartościowywanie znaczenia bodźców.

Zygfryd Juczyński przedstawił inspirujące wyniki badań przeprowadzonych w trzech grupach pacjentów cierpiących z powodu bólu przewlekłego (1 grupa z bólem kręgosłupa, 2 grupa z neuralgią i 3 grupa ze zmianami zwyrodnieniowymi). Stwierdzono na ich podstawie, że pacjenci preferowali strategie polegające na: zwiększaniu aktywności behawioralnej (średnia $M = 23,46$), pokładaniu nadziei ($M = 21,91$), oraz katastrofizowaniu ($M = 19,87$). Uzyskane wyniki pokazały, że badane osoby w zmaganiu z bólem rzadziej stosowały aktywne strategie, w tym przewartościowanie doznań bólowych⁹. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli korelowało dodatnio z odwracaniem uwagi, przewartościowaniem bodźców i ze stosowaniem strategii ignorowania przykrych doznań. Strategia katastrofizowania ujemnie korelowała z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli ($r = -0,43$, $p < 0,001$), natomiast dodatnio z przypisywaniem wpływu na ból działaniom lekarzy ($r = 0,49$, $p < 0,001$). Dominujące strategie to w świetle przedstawianych badań przede wszystkim zajmowanie się czymkolwiek, co pozwala oderwać uwagę od przykrych doznań, czytanie, modlenie się, aby przestało boleć, a rzadziej traktowanie bólu jako wyzwania, wyobrażanie sobie, że ból jest poza ciałem. U części osób dominowało katastrofizowanie przejawiające się poczuciem, że dłużej się bólu nie wytrzyma¹⁰.

Istnieją badania, w których weryfikowano hipotezę odnoszącą się do roli przeżyć emocjonalnych w patogenezie, przebiegu oraz powodzeniu terapii w chorobie refluksowej. Autorki, Marcinkowska-Bachlińska i Małecka-Panas, analizowały materiał empiryczny dotyczący związku pomiędzy wzmocnionym odbiorem dolegliwości odczuwanych przez pacjentów a odczuwaniem stresu, umiejscowieniem kontroli oraz strategiami radzenia sobie z bólem i chorobą¹¹. Celem tych badań było określenie umiejscowienia kontroli bólu przez pacjentów chorych na chorobę refluksową oraz poznanie stosowanych przez tych chorych strategii radzenia sobie z bólem. W badaniach wzięło udział pięćdziesięciu pacjentów

⁹ Z. Juczyński, *Zmaganie się z przewlekłym bólem*, [w:] *Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem*, op. cit., s. 132–152.

¹⁰ *Ibidem*, s. 143.

¹¹ M. Marcinkowska-Bachlińska, E. Małecka-Panas, *Poczucie kontroli i strategie radzenia sobie z emocjami i dolegliwościami u chorych na chorobę refluksową*, „Przewodnik Lekarza” 2009, nr 9, s. 83–90.

z chorobą refluksową i czterdzieści osób zdrowych stanowiących grupę porównawczą. Badania przeprowadzono za pomocą BPCQ (The Beliefs about Pain Control Questionnaire) oraz CSQ (The Pain Coping Strategies Questionnaire). Otrzymane dane ujawniły istotną różnicę pomiędzy chorymi na chorobę refluksową a grupą kontrolną w umiejscowieniu kontroli bólu i stosowanych strategiach radzenia sobie z nim. W badaniach tych uzyskano dane wskazujące na istnienie statystycznie potwierdzonego związku pomiędzy zewnętrznym umiejscowieniem kontroli bólu a stosowaniem mniej skutecznych technik radzenia sobie z bólem i chorobą, a w konsekwencji częstszym niezadowoleniem pacjentów z efektów leczenia.

Strategie i przekonania zdrowotne w psychologicznym zespole bólu przewlekłego – fragment wyników badań własnych

Przedmiotem badań referowanych w niniejszej pracy było badanie roli poszczególnych strategii psychologicznych w sytuacji doświadczania bólu przewlekłego. Szukano odpowiedzi na pytanie o to, czy występują zależności pomiędzy rodzajem najczęściej wybieranej przez pacjenta strategii radzenia sobie z bólem przewlekłym a wybranymi miarami funkcjonowania psychospołecznego, takimi jak zadowolenie z własnego życia, niepożądane zmiany w formach aktywności w ciągu dnia, zaburzenia depresyjne¹². Badaniami objęto pięćdziesiąt dwie osoby z rozpoznaniem bólu przewlekłego kręgosłupa, o różnym czasie trwania dolegliwości i ich nasileniu. Byli to pacjenci z regionu częstochowskiego leczący się w Poradni Leczenia Bólu (PLB). Średnia wieku wynosiła 47,48.

Do badania strategii radzenia sobie z bólem zastosowano Kwestionariusz Radzenia Sobie (CSQ – Coping Strategies Questionnaire), który składa się z siedmiu skal. Skale CSQ to: Skala Odwracania Uwagi, Skala Reinterpretacji Bodźca, Skala Aktywności Behawioralnej, Skala Ignorowania Doznań, skala określana jako Modlitwa/Nadzieja, Skala Katastrofizowania oraz Podwyższony Poziom Aktywacji¹³. W skład każdej z siedmiu skal strategii radzenia sobie z bólem wchodzi sześć stwierdzeń. Zadanie

¹² D. Ortenburger, *Czynniki psychologiczne w bólu przewlekłym*, Częstochowa 2005.

¹³ A. Rosenstiel, F. Keefe, *The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment*, „Pain” 1983, nr 17, s. 33–44; Z. Juczyński, *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa 2001.

polegało na dokonaniu oceny częstotliwości postępowania w określony sposób w przypadku odczuwania bólu, tj. od „0 – nigdy” do „6 – zawsze tak postępuję”. Kwestionariusz CSQ posiada zadowalające własności psychometryczne, w tym oszacowaną zgodność wewnętrzną (α -Cronbacha całego kwestionariusza wynosi 0,80).

Tabela 1. Korelacje między poszczególnymi strategiami a zmianami w zakresie preferowanych życiowych aktywności oraz zadowoleniem z efektów terapii (n = 52; p < 0,05)

Strategia radzenia z dolegliwościami	Zachowanie aktywności życiowej na subiektywnie dobrym poziomie	Poczucie straty wynikające z utraty części aktywności	Zadowolenie z efektów leczenia bólu
Strategia reinterpretacji bodźców	- 0,19	0,36	-0,09
Strategia ignorowania bodźców bólowych	0,17	-0,29	0,02
Strategia modlitwy/pokładania nadziei	0,29	0,19	-0,14
Strategia deklarowania panowania nad bólem (samookreślenia dotyczące radzenia sobie)	0,38	-0,39	-0,16
Strategia aktywności behawioralnej	0,06	-0,07	-0,07
Strategia przewartościowania znaczenia bodźców	0,01	-0,06	0,04
Strategia katastrofizowania	-0,39	0,59	0,08

W celu zbadania zmian w funkcjonowaniu psychospołecznym w grupie pacjentów z przewlekłym bólem kręgosłupa zastosowano kwestionariusz wywiadu semistrukturalnego, obejmujący dwie główne grupy pozycji. Pierwsza dotyczyła ogólnej, szacunkowej jakościowej oraz ilościowej oceny bólu oraz stopnia poczucia panowania nad bólem. Uzyskano też informacje dotyczące temporalnego wymiaru historii bólu u danej osoby oraz ewentualnego występowania zaburzeń snu, wiązanych przez pacjentów z doświadczaniem bólu. Druga część kwestionariusza odnosiła się do informacji o zmianach w funkcjonowaniu psychospołecznym,

w tym ograniczeniu aktywności życiowej i występowaniu zaburzeń depresyjnych. Określono w pewnym przybliżeniu stopień zadowolenia badanych osób z efektów leczenia przeciwbólowego.

Uzyskane dane w pewnej mierze dostarczyły informacji potwierdzających weryfikowaną hipotezę ogólną, zakładającą istnienie związku pomiędzy poszczególnymi strategiami a wskaźnikami przystosowania. Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że u tych spośród badanych osób, u których dominuje strategia radzenia sobie z bólem polegająca na katastrofizowaniu wystąpiły największe niekorzystne zmiany w aktywności życiowej. Dotyczą one zarówno obszaru kontaktów prywatnych, jak i zawodowych. Osobom tym doskwiera więcej różnego typu trudności w codziennym funkcjonowaniu poznawczym i społeczno-zadaniowym, takich jak na przykład osłabienie motywacji do działania i większa męczliwość powodująca trudności w podłożeniu obowiązkom. U osób, które z większym nasileniem przejawiają strategię katastrofizowania współwystępowały zaburzenia depresyjne. Strategia określana jako panowanie nad bólem okazała się współwystępować z zachowaniem pełniejszej aktywności życiowej ($r = 0,38$, $p < 0,05$), co logicznie wiąże się z drugą stwierdzoną korelacją, gdyż występuje ujemna zależność pomiędzy poczuciem utraty możliwości życiowych a panowaniem nad dolegliwościami ($r = -0,39$, $p < 0,05$). Zgodnie z oczekiwaniami, im wyższy stopień subiektywnego poczucia, że panuje nad swoimi dolegliwościami, potrafiąc je zmniejszyć, tym w niższym stopniu występuje u danego człowieka poczucie ograniczenia w zakresie aktywności życiowej. Strategia polegająca na próbach wywołania korzystnej zmiany w samopoczuciu, poradzeniu sobie z dolegliwościami za pośrednictwem sił nadprzyrodzonych (modlenie się do Boga) w świetle uzyskanych danych okazała się pozytywnie skorelowana z zachowaniem aktywności życiowej ($r = 0,29$, $p < 0,05$).

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że uzyskane rezultaty wskazują na występowanie niezbyt wprawdzie silnego, ale jednak zauważalnego związku pomiędzy rodzajem dominującej u danego człowieka strategii radzenia sobie z bólem ze stopniem ograniczenia ogólnej aktywności życiowej (na co wskazują obliczone wartości współczynników korelacji przedstawione w tabeli 1). W świetle otrzymanych danych zdecydowanie najmniej przystosowawczą strategią okazało się wyolbrzymianie problemu i katastrofizowanie. W grupie osób w największym stopniu przejawiających ten sposób poznawczego radzenia sobie z dolegliwościami częstsze są zaburzenia depresyjne i kłopoty ze snem (przerywanym jednak nie tyle odczuwaniem bólu, ile martwieniem się). Problemy

ze snem to niestety przysłowiowa kropka nad „i” w obniżeniu poczucia zadowolenia z życia. Zgodnie z literaturą nagminne występowanie tych problemów u pacjenta jest świadectwem zaawansowanego etapu psychologicznego zespołu bólu przewlekłego, tj. takiego, w którym zakłócenia rytmiki dobowej same wtórnie generują kolejne problemy w czasie dnia. Są to trudności z koncentracją, wzmożony egocentryzm, drażliwość, poczucie bycia uwięzionym w pułapce. Dane te korespondują z wynikami z wcześniejszych badań nad rolą czynników poznawczych istotnych w przebiegu terapii bólu przewlekłego¹⁴. Uzyskane wyniki budzą szczególnie niepokój, ponieważ, zgodnie z literaturą specjalistyczną, wystąpienie objawów depresji już samo w sobie stanowi istotny czynnik ryzyka zdrowotnego, pogarszania rokowania niemal każdej choroby. W literaturze istnieją dane, które wskazują, że zespół problemów współtworzących psychologiczny zespół bólu przewlekłego jest destruktywnym doświadczeniem, a wystąpienie zaburzeń depresyjnych jeszcze dodatkowo zmniejsza skuteczność postępowania przeciwbólowego¹⁵.

Warto przypomnieć, jak ważny jest tu także czynnik czasu, w jakim wdraża się lub intensyfikuje leczenie. U osób z zaburzeniami depresyjnymi obserwuje się bowiem pewną formę zniekształcenia poznawczego w postaci negatywnej tendencyjności pamięci, wyrażającą się skłonnością do łatwiejszego przypominania sobie informacji o negatywnym wydzźwięku emocjonalnym, aniżeli tych o pozytywnych konotacjach. Subiektywne poczucie pogorszenia własnego funkcjonowania intelektualnego oraz odczucie zmniejszenia ogólnych możliwości realizowania swych zadań życiowych to typowe skargi tych pacjentów. Prezentowane rezultaty przeprowadzonych badań pokazują już w chwili obecnej pewne ogólne tendencje i prawidłowości, lecz wymagają dalszych badań w większej i bardziej zróżnicowanej populacji.

Podsumowanie

Wiele badań wskazuje na to, jak ważną rolę odgrywają czynniki poznawcze (poznawcza ocena sytuacji i możliwości poradzenia sobie

¹⁴ I. Swinkels-Meewisse, J. Roelofs, R. Oostendorp, A. Verbeek, J. Vlaeyen, *Acute low back pain-related fear and pain catastrophizing influence physical performance and perceived disability*, „Pain” 2006, nr 120, s. 36–43.

¹⁵ C. Villmure, M. Bushnell, *Cognitive modulation of pain: how do attention and emotion influence pain processing?*, „Pain” 2002, nr 95, s. 196–199.

w niej), przekonania i oczekiwania dla osób cierpiących z powodu przewlekłego bólu¹⁶. Istnieją dane wspierające tezę mówiącą, że dla pacjentów doświadczających bólu kręgosłupa korzystniejsze są strategie, które mają przystosowawczy charakter, a najmniej takie jak katastrofizowanie¹⁷. Występowanie różnic indywidualnych, przewaga określonych strategii u danej osoby może stanowić potencjalne źródło zmienności różnic w skuteczności terapii przeciwbólowej u różnych osób o podobnym nasileniu bólu. U osób, u których stwierdzono większe nasilenie strategii katastrofizowania, występuje znacznie wyższy stopień zmian w funkcjonowaniu w zakresie ograniczenia w aktywności życiowej. Preferowanie określonych strategii ma przełożenie na to, jakie działania podejmują osoby cierpiące z powodu bólu kręgosłupa. Mogą mieć znaczenie w obszarze zaangażowania się w proces leczenia i pełnienie ról społecznych.

Część spośród pozamedycznych czynników wpływających na lepszą lub trudniejszą adaptację w zmaganiu z bólem jest w pewnej mierze uwarunkowana biologicznie i względnie trwała (osobowość), ale niektóre z nich mogą podlegać znacznym modyfikacjom, jak np. poziom wiedzy o własnym zdrowiu czy też samoświadomość dotycząca własnych, obieranych przez siebie strategii radzenia sobie ze stresem i z bólem. Wyniki badań nad rolą strategii w radzeniu sobie z bólem uzasadniają dalsze poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, które z poznanych i opisywanych w literaturze strategii radzenia mogą być pomocne, które osłabiają wpływ doznawanego stresu na istotne dla danego człowieka wskaźniki dobrostanu psychicznego. Dla poprawy samopoczucia osób cierpiących z powodu bólu ważna jest możliwość nauczenia się bardziej konstruktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem i z bólem oraz stosowanie strategii o przystosowawczym charakterze. Dlatego między innymi przyjmuje się, że interwencje prowadzone w ramach terapii poznawczo-behawioralnej mogą być przydatne dla osób zmagających się z bólem przewlekłym, w identyfikowaniu nieadekwatnych wzorów zachowań i strategii i rozwijaniu pozytywnych, sprzyjających lepszemu samopoczuciu¹⁸.

¹⁶ A. Golec, *Psychologiczne aspekty bólu*, [w:] J. Dobrogowski, J. Wordliczek, *Medycyna bólu*, op. cit.

¹⁷ Z. Juczyński, *Zmaganie się z przewlekłym bólem*, op. cit., s. 132–152.

¹⁸ J. Rakowska, *Ból*, [w:] *Psychoterapia. Badania i szkolenie. Podręcznik akademicki*, red. L. Grzesiuk, Warszawa 2006, s. 143–153.

Bibliografia

Dobrogowski J., Kuś M., Sedlak K., Wordliczek J., *Ból i jego leczenie*, Warszawa 1996.

Dobrogowski J., *Patomechanizm bólu przewlekłego*, [w:] *Medycyna bólu*, red. J. Dobrogowski, J. Wordliczek, Warszawa 2004.

Medycyna bólu, red. J. Dobrogowski, J. Wordliczek, Warszawa 2004.

Juczyński Z., *Zmaganie się z przewlekłym bólem*, [w:] *Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem*, red. I. Heszen-Niejodek, Poznań 2002, s. 132–152.

Heszen-Klemens I., *Radzenie sobie z chorobą – przegląd zagadnień*, [w:] *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać*, red. I. Heszen-Klemens, Katowice 2000, s. 13–34.

Heszen-Niejodek I., *Emocje, ocena poznawcza i strategie w procesie radzenia sobie*, [w:] *Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem*, red. I. Heszen-Niejodek, Poznań 2002, s. 174–197.

Lazarus R.S., Folkman S., *Stress, appraisal, and coping*, New York 1984.

Mausch K., *Radzenie sobie ze stresem a stan zdrowia w kontekście badań psychoneuroimmunologicznych*, [w:] *Konteksty stresu psychologicznego*, red. I. Heszen-Niejodek, „Prace Naukowe UŚ”, Katowice 2002.

Marcinkowska-Bachlińska M., Małecka-Panas E., *Poczucie kontroli i strategie radzenia sobie z emocjami i dolegliwościami u chorych na chorobę refluksową*, „Przewodnik Lekarza” 2009, nr 9, s. 83–90.

McCracken L.M., Eccleston Ch., *Coping or acceptance: what to do about chronic pain?*, „Pain” 2003, t. 105, s. 197–204.

Ortenburger D., *Czynniki psychologiczne w bólu przewlekłym*, Częstochowa 2005.

Rakowska J., *Ból*, [w:] *Psychoterapia. Badania i Szkolenie. Podręcznik akademicki*, red. L. Grzesiuk, Warszawa 2006, s. 143–153.

Rosenstiel A., Keefe F.J., *The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment*, „Pain” 1983, t. 17, s. 33–44.

Salomon P., *Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia*, Gdańsk 2002.

Swinkels-Meewisse I., Roelofs J., Oostendorp R., Verbeek A., Vlaeyen J., *Acute low back pain-related fear and pain catastrophizing influence physical performance and perceived disability*, „Pain” 2006, t. 120, s. 36–43.

Jan Iwaszczyszyn, Agnieszka Kwiecińska,
Anna Kliś-Kalinowska, Izabela Chmiel

Zafałszowanie nadziei jako przyczyna bólu duchowego chorych w terminalnym okresie choroby

Nadzieja jest wpisana w strukturę osobowości człowieka. Bez niej nie potrafimy się rozwijać ani żyć, gdyż odmowa nadziei prowadzi do rozpacz.

Rozważania na temat znaczenia nadziei u chorych w terminalnym okresie choroby należałoby zacząć od sprecyzowania definicji i różnych znaczeń tego określenia. Nadzieję można interpretować jako: uczucie, postawę i sposób myślenia, jak też cnotę teologiczną.

Słownik języka polskiego definiuje nadzieję jako: „oczekiwanie spełnienia się czegoś pożądanego” (Skorupka, Anderska 1969). Natomiast według koncepcji Snydera nadzieja „to stan poznawczy oparty na powiązanych ze sobą i wzajemnie pobudzających się dwóch ważnych przekonaniach: 1) orientacja na cel, 2) planowanie sposobów osiągnięcia celu” (Snyder 1995).

Nie sposób pominąć, zwłaszcza u chorych w terminalnym okresie choroby, w aspekcie ich duchowości, definicji teologicznej tzw. nadziei eschatologicznej, będącej jedną z trzech cnot chrześcijańskich. Według tej koncepcji fundamentem cnoty Nadziei jest cnota Wiary, a jej najistotniejszym sensem cnota Miłości (Benedykt XVI 2007; Słomka 1992). W dobie przyspieszonej sekularyzacji społeczeństwa cnotę Nadziei za-

często traktować jako domenę życia świeckiego, zapominając o jej pierwotnym znaczeniu.

Długoletnie doświadczenie i kontakt z chorymi w okresie terminalnym choroby i ich bliskimi dowodzi, o czym wspomniano wyżej, że określenie „nadzieja” obejmuje różne, czasem przeciwstawne znaczenia. Najczęściej chorzy lub ich bliscy nie precyzują, co mają na myśli, używając tego określenia. Z faktu tego mogą wynikać niekiedy nieporozumienia w komunikacji terapeuty z chorym.

Upraszczaając, można rozróżnić dwa rodzaje nadziei:

- nadzieja świecka, czasowa, kończąca się ze śmiercią chorego,
- nadzieja teologiczna (eschatologiczna), czyli nadzieja również przyszłości po śmierci, jako wyraz funkcji religijnej u pacjenta, często niestety pomijana w dobie powszechnego racjonalizmu, technokratyzmu i naiwnej wiary w nieskończone możliwości nauki i medycyny.

Na zapytanie terapeuty, czego chory lub opiekun oczekuje, mówiąc o nadziei, spotykamy się z konsternacją i zaskoczeniem. Niektóre rodziny chorych proszą, aby nie precyzować tego określenia, licząc na różne domysły ze strony chorego. Często też twierdzą, że chory nie musi znać prawdy, skoro wkrótce umrze. Jednakże takie zatajenie prawdy lub niedomówienia dehumanizują pacjenta i mogą warunkować rozumienie nadziei chorego jako jego wyłączenie lub długotrwałą remisję choroby. Wobec faktów sugerujących niepomyślne rokowanie, takie postępowanie nie wydaje się słuszne, gdyż opiera się na fałszywej nadziei i na nieprawdzie, która może przynieść utratę zaufania do lekarza i rodziny, a przez to ból psychiczno-duchowy chorego. Zbliżająca się śmierć pacjenta jest zbyt ważnym wydarzeniem osobowym, aby celowo zataić przed chorym jej nadejście. Człowiek umierający prócz praw ma swe obowiązki, wynikające ze stosunku do rodziny, spraw zawodowych, majątkowych, wyznawanej religii itp. Unikanie rozmów o śmierci, często spotykane w polskiej medycynie, jest zastępowane niefortunnymi stwierdzeniami wypowiedzianymi przez lekarzy, na przykład: „proszę być spokojnym, wszystko będzie dobrze” itp.

Medycyna paliatywna, badając psychikę chorego z zagrożeniem życia, zdecydowanie nie poleca takiego postępowania. Propaguje ona nadzieję rozumianą jako postawę i sposób myślenia. Na przykład w koncepcji Davida Kesslera „nadzieja jest czymś więcej niż gwarancją wyleczenia (które nie może być osiągnięte), ale jakby *podróżą chorego* przez całe jego życie, sposobem życia, częścią jego życia oraz częścią jego śmierci” (Kessler 1999). Według tego podejścia chory powinien umierać wraz z nadzieją (*ibidem*).

Tak sprecyzowaną nadzieję można nawet oceniać za pomocą różnych skal, na przykład według wspomnianego wyżej modelu Snydera (Snyder 1995). W podejściu Kesslera opieramy się na prawdzie, ostrożności, życzliwości i empatii. Nie ma tu oczywiście mowy o brutalnym przedstawieniu prawdy o zbliżającej się śmierci (jak sądzą niektórzy), obawiając się słusznie następstw zbytnej otwartości, pod postacią pozbawienia chorego wszelkiej nadziei, prowadzących, jak wspomniano wcześniej również do bólu duchowego (Iwaszczyszyn, Kwiecińska 2003).

Istnieją jednakże skrajne kierunki filozofii negujące nadzieję w życiu człowieka. Warto tu wspomnieć o poglądach Fryderyka Nietzschego z jego pesymizmem i nihilizmem, z odrzuceniem Boga i pokładanej w nim nadziei. Również filozofia Artura Schopenhauera, przedstawiciela ateizującego naturalizmu, zalecają między innymi samobójstwo, jako rzekomo etycznie godny sposób rozwiązywania problemów egzystencjalnych, z negowaniem nadziei w życiu człowieka. Podobnie egzystencjalizm ateistyczny Jeana Paula Sartre'a oraz Alberta Camusa z ukazaniem bezsensu życia, kończącego się zawsze nonsensowną śmiercią, podważają racjonalną ludzką nadzieję jako szkodliwą iluzję człowieka. Wszystkie te kierunki odrywają wolność człowieka od całokształtu ludzkiej osoby i świata wartości. Są one osobliwymi „filozofiami odmowy nadziei” i budzą w nas uzasadniony niepokój, gdyż okazały się niezdatnymi do przekraczania granicy śmierci, powodując zamieranie siły witalnej w codziennym życiu człowieka, nie mówiąc już o wielkim bólu duchowym, jaki spotyka chorego (Benedykt XVI 2007; Słomka 1992).

Na pytanie chorego o jego przyszłość opieka paliatywna zaleca taką reakcję, aby ukierunkować przyszłość pacjenta na bliskie cele, dbając, aby w tym okresie spotkało chorego coś dobrego, na przykład zmniejszenie natężenia bólu lub innych objawów, bliższy kontakt z rodziną itp. Nie dla wszystkich chorych jest to idealne rozwiązanie, gdyż oczekują oni raczej dłuższej perspektywy, której jednak nie zapewnia nadzieja „świecka”.

W tabeli 1 zestawiono fakty uwytatniające tak rozumianą nadzieję chorego.

Tabela 1. Czynniki mające wpływ na nadzieję chorego w czasie terapii i komunikacji lekarza z chorym w terminalnym okresie choroby

WPLYW POZYTYWNY	WPLYW NEGATYWNY
Stosunek partnerski między lekarzem a chorym	Brak szacunku dla chorego
Wzmocnienie więzi terapeuta–chory	Krytyczna ocena postępowania chorego
Szacunek okazywany choremu mimo pewnych objawów	Osamotnienie, opuszczenie przez bliskich
Uczestniczenie chorego w wyborze leczenia	Brak realnego celu w życiu
Pozostawienie choremu kontroli nad własnym życiem	Niekontrolowanie bólu i innych objawów
Ułatwienie zrozumienia zmian zachodzących u chorego w czasie postępu choroby	„Ucieczki” (kardiologiczne, alergologiczne itp.)
„Aktywne słuchanie” chorego	Agresja diagnostyczno-terapeutyczna
Zredukowanie niepewności u chorego	Uważanie chorego za „przypadek beznadziejny”
Komunikacja oparta na prawdzie (z taktem i ostrożnością, ze zwróceniem uwagi na kontakt niewerbalny)	Nieprawidłowa komunikacja terapeuty z chorym: <ul style="list-style-type: none"> • Falszywy optymizm i entuzjazm („wszystko będzie dobrze”) • Komedia udawania („bariera ciszy”, „zmowa milczenia”) • Paternalizm terapeuty • Infantylizacja chorego • Falszywa „bibliografia” chorego • Rozmowy w obcym języku, np. w czasie wizyt ordynatorskich • Postawy asekuracyjne terapeutów („nie moja wina”, „zrobiono już wszystko dla chorego”)
Zapobieganie alienacji chorego	

Bardzo istotne jest, aby ten sposób ukierunkowania nadziei chorych terminalnie nie był odbierany przez chorego, jego otoczenie lub zespół terapeutyczny jako próba pozbawienia nadziei pacjenta, ale jako zapobieganie zafalszowaniu nadziei przez obiecywanie rzeczy niemożliwych do spełnienia.

Niezwykle ważnym czynnikiem wpływającym na podtrzymywanie nadziei u chorego jest przekazywanie wiadomości o chorobie, a zwłaszcza informacji o niekorzystnym rokowaniu u pacjenta. Kontrowersje dotyczą zarówno treści, jak też sposobu informowania (Iwaszczyszyn, Kwiecińska 2003). Wynikają one między innymi z niedoceny umiejętności właściwego komunikowania się lekarza z chorym oraz z różnych, „odgórných” zaleceń w tym zakresie. Mamy na myśli przede wszystkim aktualny *Kodeks etyki lekarskiej*, zalecający w artykule 17 informowanie pacjenta „z taktem i ostrożnością” o niepomyślnym rokowaniu jego choroby (*Kodeks...* 2004) oraz uprzednio obowiązujący *Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza*, nakazujący zatajenie tej wiadomości przed chorym, a przekazanie tej informacji wybranej osobie z otoczenia chorego (zasada 12) (*Zbiór zasad...* 1978). Aktualny *Kodeks etyki lekarskiej* również przeciwnie zaleca w artykule 16, aby informowanie rodziny lub innych osób z otoczenia chorego było uzgodnione z chorym (*Kodeks...* 2004). Wieloletnie przyzwyczajenia lekarzy do wytycznych *Zbioru zasad etyczno-deontologicznych* nie ułatwiają wprowadzenia w życie nowych zasad komunikacji, będących wynikiem postępu medycyny i nauk pokrewnych (psychologii) oraz zmian w sytuacji społeczno-politycznej kraju. Efektem tego są jakże często jeszcze spotykane zatajenia prawdy o rokowaniu przed chorym, rzekomo w myśl zasady: „nie niszczyć nadziei u chorego”, i informowanie rodziny o niepomyślnym rokowaniu chorego bez jego zgody itp. Postępy psychologii i innych nauk pokrewnych medycynie akcentują negatywne skutki takiego postępowania i podsycania fałszywej nadziei. Co więcej uważa się aktualnie, że gdy lekarz mówi, że pragnie ochronić chorego przed dodatkowym cierpieniem, związanym z prawdą o rokowaniu, to tak naprawdę chce oszczędzić samego siebie (Twycross, Frampton 1996). Najistotniejszym jednakże zjawiskiem jest rozczarowanie i zawód, jaki spotyka chorego, który w czasie choroby bardzo często myśli szybciej niż człowiek zdrowy, bardziej konkretnie, ma wyostrzoną reaktywność („hypermnezja”), dlatego łatwo poznaje istotę swojej sytuacji. Gdy sam odkryje ukrywaną prawdę, staje się bezbronny, zagubiony i samotny, co wywołuje smutek, żal i lęk. To jakby „misterium strachu” jest najgroźniejszą formą bólu duchowego (Iwaszczyszyn, Kwiecińska 2003; Kessler 1999; Twycross, Frampton 1996).

Poniżej zestawiono przykłady postępowania mogącego rozwijać prawdziwą nadzieję chorych terminalnie, przy czym na pewno nie jest to fałszywa nadzieja obiecująca wyleczenie chorego:

Tabela 2. Postępowanie mające rozwijać prawdziwą nadzieję u chorych terminalnie

Uwolnienie od bólu i innych przykrych dolegliwości
Pomoc w realizacji realnych marzeń
Pomoc w dokończeniu realnych spraw
Działania wskazujące, że chory jest kochany przez rodzinę i bliskich
Uszanowanie potrzeb i autonomii chorego
Uzyskanie realnej pomocy w zagrożeniu (kontakt osobisty, telefoniczny)
Zapewnienie i potwierdzenie postępowaniem, że wszystko, co możliwe w danej sytuacji, będzie na pewno zrobione
Zapewnienie, że chory nigdy nie zostanie opuszczony (nie zostanie sam z chorobą)
Aktywny udział w codziennych sprawach i planach na przyszłość: <ul style="list-style-type: none"> • zapewnienie, że dzieci chorego poradzą sobie w życiu i osiągną zamierzony cel, • ewentualne zapewnienie spokojnej śmierci, • ukazanie lub rozwinięcie nadziei eschatologicznej (życie przyszłe, Boże Miłosierdzie).

To jakże inne podejście do zagadnienia nadziei chorych w okresie terminalnym przynosi w praktyce dużo większe efekty, włącznie z podniesieniem jakości i przedłużeniem życia chorego (Iwaszczyszyn, Kwiecińska 2003; Kessler 1999; Łuczak 2008; Twycross, Frampton 1996).

Mówiąc o bólu psychiczno-duchowym, warto także wspomnieć o dużej roli, jaką u chorych wierzących spełnia nadzieja eschatologiczna, oparta na wierze. Jedynie ona dostarcza choremu nieskończonej perspektywy przyszłości, przełamując granice śmierci. Sądzimy, że zwłaszcza w medycynie paliatywnej nie można o niej zapominać, gdyż podobnie jak pozbawienie nadziei, byłoby to również formą jej zafałszowania, które w końcowym efekcie prowadzi do bólu psychiczno-duchowego chorego.

Podsumowując nasze rozważania o nadziei, pragniemy zwrócić uwagę na:

- różnorodność znaczeniową słowa *nadzieja*;
- to, aby używając słowa *nadzieja*, nadać mu właściwą, niezafałszowaną treść;
- olbrzymią rolę, jaką spełnia nadzieja u chorego, jednakże z ukierunkowaniem na realne cele;
- to, że pozbawienie chorego nadziei lub jej zafałszowanie rodzi ból psychiczno-duchowy pacjenta;

- rozwijanie nadziei eschatologicznej u chorego wierzącego wpływające pozytywnie na rozwinięcie jego duchowości i przynoszące wymierne korzyści (podniesienie jakości życia chorego);
- zatajenie prawdy, rozbudzanie fałszywej nadziei, które obniża autorytet terapeuty, dehumanizuje pacjenta, narusza jego niezbywalne prawa i niszczy jego nadzieję;
- to, że pospolita, bliżej niesprecyzowana ludzka nadzieja, często zawodzi, okazując się próżną i zwodniczą, zwłaszcza gdy nie opiera się na prawdzie.

Bibliografia

Iwasczyszyn J., Kwiecińska A. (2003), *Spór o sposób komunikowania się terapeuty z chorym w okresie terminalnym*, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Materiały VIII Konferencji, Kraków, s. 110–113.

Benedykt XVI (2007), *Spe salvi. Encyklika o Nadziei Chrześcijańskiej*, Rzym.

Kessler D. (1999), *Śmierć jest częścią życia*, Warszawa.

Łuczak J. (2008), *Cierpienie duchowe a somatyczne u chorych w schyłkowym okresie życia. W drodze do brzegu życia*, t. 4, Białystok, s. 213–218.

Kodeks etyki lekarskiej (2004), wyd. Naczelna Izba Lekarska, Warszawa.

Twycross R.G., Frampton D. (1996), *Opieka paliatywna nad terminalnie chorym*, Bydgoszcz.

Skorupka A., Anderska H. (1969), *Mały słownik języka polskiego*, Warszawa.

Słomka W. (1992), *Nadzieja w postawie ludzkiej*, Lublin.

Snyder C.R. (1995), *Conceptualizing, Measuring and Nurturing Hope*, „Journal of Counseling and Development”, t. 73, nr 3, s. 355–360.

Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza, wyd. PTL, Warszawa 1978.

Edward Charczuk

Cierpienie chorego i jego rodziny a zaspokojenie ambicji lekarza

Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem.

Największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego – salus aegroti suprema lex esto. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady.

Kodeks etyki lekarskiej, art. 2, pkt 1, 2

Salus aegroti suprema lex esto – dobro chorego jest najwyższym prawem. Życie ludzkie trzeba chronić za każdą cenę.

Piękne i szlachetne sentencje, ale czy nie zdarza się, że są one parawanem dla lekarskiej próżności, dla chęci zaspokojenia przede wszystkim zawodowych ambicji?

Niebywały postęp naukowo-techniczny doprowadził do niewyobrażalnych kilkadziesiąt lat wcześniej możliwości diagnostycznych i tera-

peutycznych. Spowodowało to wzrost nadziei chorych na wyleczenie we wręcz nieograniczonym zakresie każdej choroby niezależnie od jej zaawansowania. Trudno się dziwić choremu. Natomiast lekarzy musi łączyć zdrowy rozsądek poparty dobrą wiedzą teoretyczną i doświadczeniem. Dotyczy to głównie lekarzy o specjalnościach zabiegowych.

Jako lekarz, który od trzydziestu czterech lat zajmuje się anestezjologią i intensywną terapią, średnio od kilku do kilkunastu razy rocznie musiałem „zajmować” się skutkami pochopnych obietnic i działań lekarskich, które ich sprawcy często z obsesyjnym uporem usprawiedliwiali dobrem chorego, a przynajmniej „dawaniem mu szansy”. Pozwolę sobie na kazuistykę:

Chory, lat 76, po dwóch zawałach mięśnia sercowego, z uszkodzoną wątrobą, z cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, wszczepionym rozrusznikiem serca, przewlekłą chorobą obturacyjną płuc, ale od ponad 55 lat palący nałogowo papierosy, został doświadczony chorobą nowotworową płuc. Mimo tylu obciążeń był w stanie samodzielnie poruszać się po mieszkaniu, robić drobne zakupy i całkowicie swobodnie zaspokajać swoje potrzeby egzystencjalno-higieniczne. Po diagnozie, która bez większych problemów odsłoniła już tylko niewielkie rezerwy oddechowo-kръżeniowe, przez chirurga został zakwalifikowany do operacji, „aby dać choremu szansę” – mimo ostrych zastrzeżeń internisty i anestezjologa co do przeżycia okresu pooperacyjnego. Zabieg został przeprowadzony, bo technicznie był możliwy, a operatorem był utytułowany naukowo dyrektor szpitala. Chory czterogodzinną operację przeżył, trafił do intensywnej terapii, gdzie po dobie udało się go rozbudzić i odłączyć od respiratora. Jednak za następne dwa dni zdekompensował się oddechowo i krążeniowo, pogłębiła się niewydolność wątroby, dołączyła niewydolność nerek i został ponownie podłączony do respiratora. Przez trzy tygodnie stosowano u niego wiele procedur leczniczych i pielęgnacyjnych, ale poprawy nie uzyskiwano, a bakterie też nie traciły okazji, mając tak wspaniałą pożywkę w postaci osłabionego organizmu. Chory ostatecznie zmarł. Od początku towarzyszyli mu najbliżsi i codziennie przyjmowali coraz smutniejsze wiadomości o jego stanie, przeżywali jego ciężką sytuację zdrowotną i zadawali wiele pytań, a wśród nich najtrudniejsze do dyskusji: dlaczego? Czy było konieczne takie cierpienie chorego i nasze?

Chciałoby się powiedzieć: od początku chory szanse miał praktycznie żadne. Ale musiałbym w bardzo niekorzystnym świetle stawiać kolegę.

Bezpośrednie refleksje przekazywane kolegom zabiegowcom po wyżej opisanych sytuacjach różnie są przyjmowane, ale najczęściej starają się oni usprawiedliwić frazą o „dawaniu choremu szansy”.

Jeden z moich nauczycieli chirurgii mawiał tak do nas studentów, aby nam uświadomić istotę zabiegu operacyjnego: Chirurg od bandyty różni się intencjami. Bandyta działa ze złym zamiarem, chirurg wybiera „mniejsze zło”, ale oboje zadają choremu ciężki uraz, z którym jego organizm musi sobie poradzić. Uraz ten – w przypadku chirurga – musi być do przeżycia.

Jednak czy jest alternatywa dla takich sytuacji? Również posłużę się kazuistyką.

Chory, lat 73, z podobną chorobą i podobnymi obciążeniami jak pacjent z pierwszego przykładu, mieszkaniec jednej z podhalańskich wsi, czując się słabo, nie zgodził się na operację i został wypisany do domu celem leczenia objawowego w połowie maja. W połowie lipca zaczęły się silne bóle, które spowodowały niezdolność do samodzielnej egzystencji. Rodzina poprosiła mnie o pomoc. Wdrożyłem leczenie przeciwbólowe na bazie Fentanylu w przylepcach i uzupełniające internistyczne oraz przeciwdepresyjne. Pod koniec lipca, jadąc z pracy, spotkałem tego chorego jadącego dorożką z turystami. Żył tak spokojnie do połowy listopada, kiedy zaczął być coraz słabszy, ale na siedem dni przed zgonem jeszcze był samodzielny w zakresie fizjologii. Zmarł w pierwszych dniach grudnia, spokojnie zasypiając, praktycznie bez wyraźnego odczuwania bólu, wśród rodziny na to przygotowanej.

Te dwa wybrane i przedstawione w dużym skrócie przykłady z mojej praktyki z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii oraz opieki paliatywnej pozwalają mi może nie tyle zdobyć się na wyciąganie wniosków, ile bardziej sugestii i prośby, aby nasze postępowanie lekarskie nie straciło obrazu chorego mającego prawo do końca przeżyć godnie swoje człowieczeństwo, a nie być tylko przypadkiem chorobowym możliwym do terapeutycznego działania, nawet tak bardzo agresywnego, że aż zabójczego dla chorego, a przy tym okupionego dużym cierpieniem fizycznym i psychicznym pacjenta i jego najbliższych.

Katarzyna Wójcik-Pyrć, Stanisław J. Wójcik

Cierpienie lokalizowane w ciele nieuwarunkowane medycznie

Problem objawów chorobowych, których nie dawało się wytłumaczyć w oparciu o aktualną wiedzę medyczną, od zawsze budził kontrowersje, stymulował powstawanie nowych koncepcji patogenetycznych, czy częściej, spekulacji. Zwłaszcza w ostatnich dekadach – w obliczu niebywałego postępu w zakresie diagnostyki medycznej (obrazowania i endoskopowania, osiągnięć biochemii, biologii molekularnej i genetyki oraz ich aplikacjom do medycyny) – zdecydowana większość dolegliwości znajduje swój wyraz w wynikach tych badań, a więc możliwe stało się wyjaśnienie ich patogenety. Tym bardziej problem objawów przeżywanych cieleśnie, a niemających uzasadnienia medycznego obecnie wręcz irytuje, bywa pomijany, podchodzi się do niego z rezerwą i nieufnością.

Objawy, dolegliwości somatyczne bez uzasadnienia medycznego są zbywane, odsyłane do wielu konsultacji, bez dookreślenia ich celu. Paradoksalnie, z powodu tegoż lekceważenia ich ranga wzrasta, stają się bowiem udręką, cierpieniem, na które nie ma recepty ani procedury.

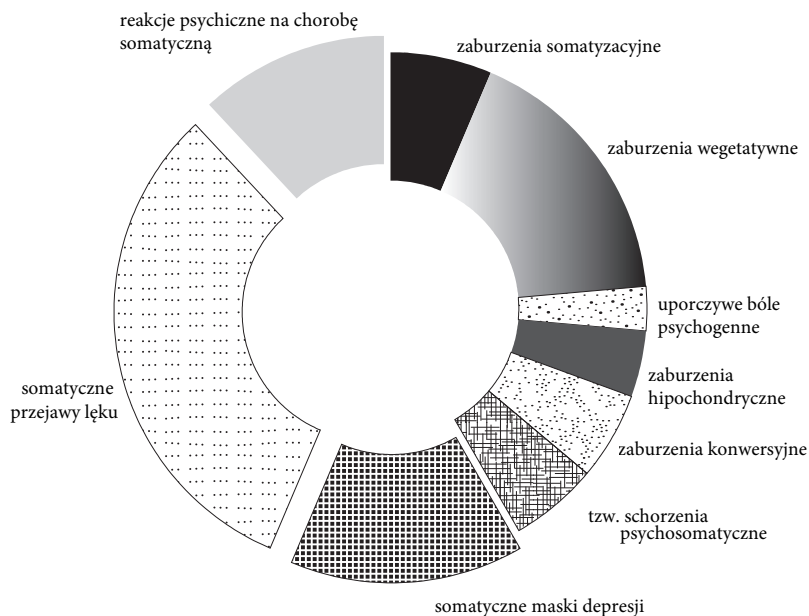
Dla określenia dolegliwości, które stanowią temat niniejszych rozważań powszechnie stosowany jest nadal termin zaburzenia czynnościowe. Mimo że zasadność posługiwania się tym terminem jest współcześnie kwestionowana, wydaje się, że nie sposób wyeliminować go całkowicie

z powszechnego użytkowania, czy raczej – nadużywania. W obowiązującej, Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) omawiane zespoły objawowe możemy znaleźć w co najmniej kilku kategoriach.

Nominalnie powinny to być przede wszystkim zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (F45), a więc: zaburzenia somatyzacyjne, zaburzenia hipochondryczne, zaburzenia wegetatywne występujące pod postacią somatyczną i uporczywe bóle psychogenne. Innych tego typu zaburzeń należałoby szukać w kategorii zaburzenia dysocjacyjne (dawniej: zaburzenia konwersyjne), tj.: dysocjacyjne zaburzenia ruchu, drgawki dysocjacyjne, znieczulenia i utrata czucia zmysłowego (F44.4–F44.7).

Tymczasem, zgodnie z naszymi obserwacjami z ponaddwudziestoletniej praktyki w poradni psychosomatycznej, oddziale psychosomatyki i psychiatrii wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego im. L. Rydygiera w Krakowie oraz prywatnej praktyki psychologicznej i psychiatrycznej, większość pacjentów z rozpoznaniem kierującym – zaburzenia czynnościowe nie mieści się w powyższych kategoriach. Najczęściej są to somatyczne przejawy lęku (agorafobicznego, wolno płynącego lub napadów paniki), somatyczne maski depresji, bądź reakcje psychiczne na chorobę somatyczną. Z niniejszych rozważań wyłączamy zespół bólu przewlekłego, który oprócz czynników psychologicznych warunkujących jego przeżywanie i trwanie, ma określoną patogenezę fizjologiczną oraz tzw. zaburzenia psychosomatyczne rozumiane jako schorzenia, w których oprócz poznanych już czynników biologicznych ważną rolę odgrywają mechanizmy psychospołeczne.

Obserwacje kliniczne stały się inspiracją klinicznych badań empirycznych, z których wnioski mogą posłużyć jako ilustracja złożoności problematyki dolegliwości, których przyczyny nie znajdują wyjaśnienia medycznego. Ogółem przebadano 216 pacjentów, którzy zgłosili się ze skierowaniem: zaburzenia czynnościowe lub nerwica (niepublikowane badania własne). Częstość występowania odpowiednich zespołów objawowych wg ICD-10 w analizowanej próbie przedstawia poniższa tabela oraz uproszczony diagram.



Zaburzenia somatyczne	Zaburzenia wegetatywne	Uporczywe bóle psychogenne	Zaburzenia hipochondryczne	Zaburzenia konwersyjne	Somatyczne maski depresji	Somatyczne przejawy lęku			Tzw. schorzenia psychosomatyczne	Reakcje psychiczne na chorobę somatyczną
						Lęk agorafobiczny	Lęk paniczny	Lęk uogólniony		
14	37	6	9 (?)	12	32	21	28	19	12	26

Wstępna analiza częstości poszczególnych rozpoznań wskazuje, że ponad połowa osób włączonych do badania (126 osób) nie spełnia kryteriów ICD-10 tradycyjnie wiązanych z zaburzeniami czynnościowymi, czy nerwicowymi, a tym samym potwierdziła hipotezę postawioną na podstawie obserwacji klinicznych. Należy w tym miejscu podkreślić, że 56 pacjentów (26%) spełniało kryteria co najmniej dwóch rozpoznań syndromologicznych ICD-10.

Jeszcze większe trudności w przypisaniu określonego pacjentowi jednego rozpoznania wg ICD-10 pojawiły się po analizie zmienności objawów w okresie 3 i 6 miesięcy. Po 3 miesiącach zmiana wstępnego rozpoznania syndromologicznego nastąpiła u 82 pacjentów (38%), najczęściej: gdy przy pierwszym badaniu rozpoznawano zaburzenia wegetatywne lub reakcję psychiczną na chorobę somatyczną. Po 6 miesiącach rzadziej, bo tylko u 27 pacjentów (12,5%), dokonywano zmiany rozpoznania syndromologicznego. Nadal najczęściej w przypadku rozpoznawania zaburzeń wegetatywnych oraz w odniesieniu do typu somatycznych przejawów lęku (zmienność wewnątrz kategorii: somatyczne przejawy lęku). Obserwowana zmienność oznacza, że z czasem – wraz z pogłębianiem rozumienia problemów pacjenta w przebiegu procesu terapeutycznego – następowało uściślenie rozpoznania syndromologicznego.

Analiza przedstawionych danych wskazuje, że rozpoznanie czynnościowych zaburzeń somatycznych bez uwarunkowania medycznego w oparciu o kryteria diagnostyczne ICD-10 jest nieadekwatna – nie spełnia kryteriów rozłączności i stabilności czasowej oraz nie odnosi się do kontekstu (emocjonalnego, poznawczego, sytuacyjnego czy behawioralnego), w którym te zaburzenia wystąpiły.

Na podstawie dotychczasowych doświadczeń i analizy literatury przedmiotu (Mayou, Bass, Sharpe 1995) postulujemy wprowadzenie parowymiarowego systemu diagnozowania omawianych zaburzeń. Proponowany model diagnozy, na poziomie założeń podstawowych, jest zbliżony do systemu diagnostycznego DSM-IV, obowiązującego m.in. w USA. Poniżej przedstawiamy proponowane wymiary, które należałoby uwzględnić w procesie diagnostycznym.

I. Objawy

1. Opis:

- pojedynczy lub dominujący objaw z innymi słabo wyrażonymi,
- kilka podobnie nasilonych objawów.

2. Zmienność w czasie:

- w miarę stałe,
- zmieniające się w czasie (tygodnie, miesiące).

II. Dominujące oznaki zaburzenia patofizjologicznego

1. ze strony układu sercowo-naczyniowego,
2. ze strony układu oddechowego,
3. ze strony przewodu pokarmowego,

4. ze strony układu moczowo-płciowego,
5. ze strony układu mięśniowo-nerwowego,

III. Stan psychiczny – głównie zaburzenia emocjonalne

1. depresja,
2. lęk (typ lęku),
3. inne zaburzenia emocji,
4. ekspresja emocji,
5. kontrola emocji.

IV. Przekonania dotyczące choroby

1. lęk przed chorobą (przed chorobą w ogóle, przed określoną chorobą),
2. przeświadczenie o określonej chorobie, jej przebiegu i możliwości leczenia,
3. wzorce chorowania wyniesione z rodziny, otoczenia.

V. Zachowania

1. ograniczenie aktywności,
2. unikanie określonych sytuacji,
3. poszukiwanie pomocy medycznej bądź innej,
4. stosunek do medycyny, stosunek do lekarzy.

Rodzi się jednak pytanie praktyczne: jak zebrać informacje niezbędne do tak rozszerzonego procesu diagnostycznego? Z doświadczenia bowiem wiadomo, że nie robią tego, czy wręcz nie są w stanie tego zrobić, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Niestety rutynowa konsultacja psychiatryczna również nie obejmuje zazwyczaj spraw zawartych w postulowanych wymiarach diagnostycznych, ogranicza się bowiem do wykluczenia psychozy i określenia ryzyka samobójstwa. Także badanie psychologiczne – szczególnie gdy jest prowadzone w celu odpowiedzi na źle lub nieprecyzyjnie sformułowane pytanie lekarza prowadzącego – nie przynosi oczekiwanych rozstrzygnięć. Co więcej zdarza się, że rezultaty rzetelnego badania psychologicznego są wykorzystywane w sposób niewłaściwy przez lekarza prowadzącego, bez właściwego przygotowania. Konsultacje psychologiczne i psychiatryczne zbyt często są traktowane jako próba sprowadzenia dolegliwości i przyczyn cierpienia pacjenta do wyłącznie „psychicznych” – gdzie wszystko bierze się z chorego umysłu bądź stresu, a co za tym idzie „zwekslowania” odpowiedzialności. Takie podejście rodzi szczególnie opór i poczucie krzywdy u pacjentów, którzy

czują się niezrozumiani w swoim cierpieniu. Wydaje się, że nawet przy ograniczonym czasie, który lekarz może poświęcić na diagnozę i kontakt z chorym, można efektywnie wykorzystać proponowany model wielowymiarowy. Doświadczenia wskazują, że kluczowym tematem, którym warto zająć się w trakcie pierwszej konsultacji, jest rozpoznanie subiektywnego obrazu choroby pacjenta, jego przekonań, wyobrażeń i oczekiwań z tym związanych. Następnym krokiem jest „zaszczepienie” alternatywnego myślenia o chorobie, tj. nienegującego medycznego podłoża zaburzeń, a dostarczenie psychologicznego rozumienia objawów i możliwości życia z nimi. Takie podejście czerpie z bogatych i dobrze ugruntowanych w praktyce terapeutycznej koncepcji poznawczych.

Na zakończenie przytaczamy krótkie opisy konkretnych przypadków. Celem ich zamieszczenia w niniejszym opracowaniu nie jest prezentacja „sukcesów terapeutycznych” czy wzorcowego modelu postępowania diagnostycznego, ale przybliżenie złożoności problemów, tak często zbywanych lakonicznym rozpoznaniem zaburzeń czynnościowych.

Od zaburzeń rytmu serca do napadów lęku

Mężczyzna, lat 35, od kilku lat trafiał do izb przyjęć szpitali (obecnie SOR) z powodu napadowych zaburzeń rytmu serca, był też intensywnie diagnozowany w kierunku choroby serca. Wnioski z tych badań były niejednoznaczne. Pacjent był też konsultowany psychiatrycznie. Na początku konsultacje ograniczały się do wykluczenia zaburzeń psychotycznych i zespołu presuicydalanego, a następnie – przeżywany lęk i depresję pacjenta zinterpretowano jako wtórne do choroby serca. Pacjent w końcu trafił do Oddziału Psychosomatyki i Psychiatrii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera, gdzie: po pierwsze, nie koncentrowano się na kolejności zdarzeń – czy pierwsze były zaburzenia rytmu serca, a wynikiem był lęk o życie i narastające przygnębienie, po drugie, stwierdzono (pytając o to wprost), że pacjent przeżywa lęki agorafobiczne z napadami lęku panicznego i towarzyszącymi im zaburzeniami rytmu serca, dusznością i zasłabnięciami. Stwierdzono bardzo niekorzystny wzorzec chorowania wyniesiony z rodziny. Ojciec pacjenta zmarł nagle na serce. Pacjent w szczególności zapamiętał zaniedbania, które w jego poczuciu miałyby przyczynić się do śmierci ojca, co skutkuje obecnie brakiem zaufania do lekarzy.

Pacjentowi przedstawiono alternatywną – „psychologiczną” koncepcję jego zaburzeń, nie odrzucając pierwszej – kardiologicznej i zapropono-

nowano pracę terapeutyczną nad nią w oparciu o założenia koncepcji poznawczej. Włączono też do leczenia inhibitor wychwyty zwrotnego serotoniny (Rexetin) i doraźnie, krótkotrwanie działający lek przeciwłękowy (Alprazolam), jako ostateczne narzędzie używane do zablokowania narastającego lęku, gdy inne techniki terapeutyczne okażą się niewystarczające. Decyzję o skorzystaniu z pomocy leku przeciwłękowego pozostawiano pacjentowi, w ten sposób wzmacniając dodatkowo jego poczucie kontroli.

Szeroko zakrojone badania dotyczące niekardiologicznych bólów w klatce piersiowej i kołatania serca oraz zastosowania w tych przypadkach terapii poznawczo-behawioralnej, z zastosowaniem procedury stopniowego wycofywania się z leczenia kardiologicznego przedstawiano od lat osiemdziesiątych (m.in.: Dart i in. 1983; Klimes i in. 1990; Mayou 1992, 1993). Wielowymiarową ocenę stosowania psychoterapii poznawczo-behawioralnej i jej wyników w omawianej grupie zaburzeń przedstawia Salkovskis (1992).

Od nerwicy poprzez zaburzenia wegetatywne – zaburzenia somatyzacyjne do hipochondrii i renty inwalidzkiej

Pacjentka, lat 47, od kilkunastu lat poszukiwała pomocy w związku z „przykrymi dolegliwościami”, które przy bliższym poznaniu przez psychologów okazały się zaburzeniami przystosowania i wyrazem nieakceptowania swojego życia. Pacjentka była konsultowana przez kilkunastu specjalistów medycznych, przeszła wiele badań diagnostycznych, które niewiele wniosły do wyjaśnienia jej dolegliwości. Próby podjęcia psychoterapii indywidualnej zorientowanej psychodynamicznie oraz terapii grupowej nie powiodły się. Pacjentka coraz bardziej wchodziła w rolę chorej. Obecnie ma orzeczoną grupę inwalidzką, jest rencistką trzeciej grupy. Na tym etapie pozostaje pytanie, gdzie został popełniony błąd i czy przy wielokrotnych kontaktach pacjentki ze specjalistami możliwe było jego naprawienie, a tym samym uchronienie jej przed wycofaniem w chorobę? W których miejscach wielokrotnego kontaktu z nią poszliśmy w niewłaściwym do jej możliwości i rzeczywistych uwarunkowań kierunku?

W historii psychiatrii i psychoterapii ukazały się niezliczone opracowania dotyczące leczenia hipochondrii. Opis wybranych metod można

znaleźć chociażby w klasycznych podręcznikach psychiatrii (Kaplan i Saddock 1985). W latach osiemdziesiątych wyodrębniono szereg zmiennych behawioralnych i kognitywnych korelujących z rozpoznaniem hipochondrii (Marks 1981; Salkovskis, Warwick 1986), które miały istotne znaczenie w rozwoju podejścia behawioralno-poznawczego w terapii tych zaburzeń. Przegląd psychologicznych metod leczenia hipochondrii oraz ocenę ich przydatności można znaleźć m.in. w pracach Kellner (1985). Późniejsze, szeroko zakrojone badania nad skutecznością psychoterapii kognitywno-behawioralnej w pracy z zaburzeniami hipochondrycznymi prezentowali również przywoływani już badacze – Warwick i Salkovskis (1990).

Bóle karku i pleców przyczyną radykalnych zmian w życiu

Pacjent, lat 38 lat, wcześniej aktywny, przedsiębiorczy, dobrze zarabiający. Przed kilku laty zaczął odczuwać bóle krzyża i karku. Zaczął odwiedzać specjalistów neurologów i ortopedów, a także korzystał z medycyny alternatywnej: akupunktury, świecowania itp. Te działania nie dawały trwałszych rezultatów. Pacjent, mając w pamięci fakt, że jego ojciec z przepracowania dostał wylewu krwi do mózgu, wycofał się z aktywnego życia, między innymi (ponosząc istotną stratę finansową) przekazał pełnomocnictwo do kierowania firmą swoim współpracownikom. Sam zaczął bardzo rygorystycznie stosować się do zaleceń lekarzy i rehabilitantów, podporządkowując swoje życie walce z dolegliwościami. Z dużym trudem mógł temu podołać, co też nastrajało go pesymistycznie. Po zgłoszeniu się pacjenta do naszego ośrodka okazało się, że ma on dodatkowo na utrzymaniu dwoje starszych rodziców, a co do sposobu zajmowania się nimi mają wątpliwości brat i siostry, którzy jednak nie angażują się w opiekę osobiście. Ponadto pacjent, odtwarzając relacje w rodzinie generacyjnej, wskazał na sztywny podział ról: ojciec miał zapewnić byt rodzinie, a aktualne sprawy rodzinne były rozważane między matką a dziećmi, z pominięciem ojca. Podobny model rodziny pacjent powtórzył w stworzonej przez siebie rodzinie. Te czynniki stanowiły prawdopodobnie ciężar nie do udźwignięcia dla pacjenta – objawy ze strony kręgosłupa można tu widzieć jako symboliczny wyraz przeciążenia psychicznego. Działania objawowe nie mogły tu pomóc. Niestety działania skierowane na uświadomienie pacjentowi i rodzinie tego, co się właściwie dzie-

je, przyczyniły się do rozstania małżonków. Sam pacjent czuje się dobrze i dobrze funkcjonuje. Otwarte pozostaje pytanie, na ile taki efekt terapii można uznać za „sukces terapeutyczny”?

Zainteresowany czytelnik znajdzie bogactwo doniesień dotyczących różnych form psychoterapii i ich skuteczności w podobnych przypadkach. Interesujące porównanie form pomocy prezentują m.in. Shapiro i Firth (1987).

Przedstawione przypadki kliniczne ilustrują „meandry diagnostyczne” czynnościowych zaburzeń somatycznych i otwierają pytania o postępowanie terapeutyczne. Poszukiwanie odpowiedzi powinno stać się tematem nie tylko odrębnego opracowania, ale powszechnej dyskusji, do której poza specjalistami zajmującymi się zdrowiem psychicznym warto zaprosić także (a może przede wszystkim) pozostałych pracowników służby zdrowia. To od nich bowiem bardzo często zależy, jak potoczą się losy konkretnego pacjenta.

Bibliografia

Aleksandrowicz J.W. (1998), *Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (według ICD-10): psychopatologia: diagnostyka, leczenie*, Kraków.

Ammon G. (1979), *Psychoanalysis and psychosomatics*, New York.

Dart A.M. i in. (1983), *Does it help to undiagnosed angina?*, „European Heart Journal”, t. 4, s. 461–463.

Dąbrowski K. (1996), *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*, Warszawa.

Hawton K. i in. (1989), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide*, Oxford.

Kaplan H.I., Sadock B. (1985), *Modern synopsis of comprehensive textbook of psychiatry*, Baltimore.

Kellner R. (1983), *The prognosis of treated hypochondriasis: a clinical study*, „Acta Psychiatrica Scandinavica”, t. 67, s. 69–79.

Kellner R. (1985), *Functional somatic symptoms and hypochondriasis*, „Archives of General Psychiatry”, t. 42, s. 821–833.

Kępiński A., *Psychopatologia nerwic*, Warszawa 1986.

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne (2000), Warszawa.

Klimes I. i in. (1990), *Psychological treatment for atypical chest pain: a controlled evaluation*, „Psychological Medicine”, t. 20, s. 605–611.

Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR (2008), „American Psychiatric Association”, red. wyd. pol. J. Wciórka.

Marks I.M. (1951), *Cure and care of neuroses*, New York.

Mayou R. (1992), *Patient's fears of illness: chest pain and palpitations*, [w:] *Medical symptoms not explained by organic disease*, red. F. Creed, I. Mayou, A. Hopkins, London.

Mayou R. (1993), *Management of atypical non-cardiac chest pain*, [w:] *Psychological treatment in disease and illness*, red. M. Hodes, S. Mooresy, London.

Mayou R., Bass Ch., Sharpe M. (1995), *Treatment of functional somatic symptoms*, New York.

Rosenhan D.L., Seligman M.E.P., Walker E.F. (2003), *Psychopatologia*, Poznań.

Salkovskis P.M. (1992), *Psychological treatment of non-cardiac chest pain: the cognitive approach*, „American Journal of Medicine”, t. 92 (suplement 5A), s. 114–121.

Shapiro D., Firth J. (1987), *Prescriptive v. explorative psychotherapy: outcomes of the Sheffield Psychotherapy Project*, „British Journal of Psychiatry”, t. 151, s. 790–799.

Warwick H.M.C., Salkovskis P.M. (1990), *Hypochondriasis*, „Behaviour Research and Treatment”, t. 28, s. 105–117.

Małgorzata Chodak

Near Death Experiences (NDE) wyzwaniem dla nauki i psychoterapii

W nowszych podręcznikach medycznych w Niemczech dla lekarzy i dla sanitariuszy (Lutomsky, Flake 2003; Nicolay 2005) zawarte są wskazania co do postępowania z pacjentami reanimowanymi po operacjach. Ogromna liczba odnotowanych obserwacji i opisów ludzi po śmierci klinicznej, przyglądających się własnej reanimacji, przytaczających rozmowy personelu medycznego, podających zgodne z rzeczywistością opisy przedmiotów używanych w trakcie ratowania życia, spowodowała, że badacze, np. dr Michael Sabom, opracowali metodę sprawdzania prawdziwości tych relacji, polegającą na porównaniu ich z protokołami zabiegów operacyjnych.

W zaleceniach terapeutycznych w Niemczech zwraca się uwagę głównie na następujące kwestie:

- umożliwienie osobom reanimowanym opowiadanie o swoich przeżyciach z NDE w atmosferze akceptacji i poszanowania ich subiektywnej rzeczywistości;
- osoby z NDE mogą wykazywać trudności w adaptacji do życia. Odczuwają silne pragnienie powrotu do tego „innego świata”, do spotkania ze światłem – do powrotu do świata światła. Zdarzają się nawet próby samobójcze wynikające z odczuwanego rozdźwięku światów;

- po przeżytej śmierci klinicznej obserwuje się gwałtowne i trwałe zmiany w hierarchii wartości. Osoby po reanimacjach często nie rozumieją zmian, które w nich zachodzą i jest im trudno kontynuować dotychczasowy tryb życia. Dlatego potrzebują doradcy lub terapeuty, który pomoże im w rozeznaniu wcześniejszych i aktualnych wartości oraz w realizowaniu celów życiowych (Chodak, Ender 2007).

Wobec powszechności i sprawdzalności przeżycia z Zespołu Doznań Bliskich Śmierci (NDE) w aktualnej literaturze przedmiotu traktowane są one jako normalne. Już nie jako wytwór fantazji, halucynacji czy objaw niedotlenienia mózgu (Parnia 2006; Lommel i in. 2001; Lommel 2007).

Wyjątkowo cennym i unikalnym opisem, jak dotąd jedynym na świecie, jest doświadczenie NDE w Stanach Zjednoczonych, które miało miejsce podczas pełnej kontroli medycznej, z monitorowaniem każdego klinicznego objawu życia.

W 1991 roku u Pameli Reynolds (Atlanta, Georgia), kompozytorki i piosenkarki, rozpoznano nieoperacyjny gigantyczny tętniak mózgu, umiejscowiony u podstawy pnia. Kobieta doznawała ekstremalnych zawrotów i bólów głowy, utraty mowy, trudności w poruszaniu się. Neurologzy nie dawali jej szans ani na standardowe leczenie (z powodu bardzo trudnego i ryzykownego dojścia operacyjnego) ani na przeżycie – tętniak w każdej chwili mógł pęknąć. Skierowano ją do dra Roberta Spetzlera, neurochirurga w Phoenix w Arizonie, do Barrow Neurological Unit. To była dla niej jedyna nadzieja.

Razem podjęli wspólne ryzyko wbrew wszelkim szansom powodzenia: zastosowania chirurgicznej procedury tzw. Standstill Operation (Hypothermic Cardiac Standstill), będącej metodą czasowego wprowadzenia w stan śmierci klinicznej. Czynność ta znajduje zastosowanie do olbrzymich tętniaków mózgu. Polega na ochłodzeniu ciała (10–15 stopni Celsjusza) i zatrzymaniu krążenia. Przez około godzinę pacjent z medycznego punktu widzenia uważany jest za klinicznie zmarłego podczas zabiegu: występuje hibernacja ciała, brak oddechu, bicia serca, aktywności mózgowej (chodzi o zatrzymanie akcji metabolicznej mózgu), z wydrenowaną krwią w celu wyeliminowania ciśnienia krwi.

Kontrolowana śmierć kliniczna jest zatem propozycją do kreowania czasu dla chirurgicznego ratowania życia chorego.

Podczas zabiegu wystąpił Zespół Doznań Bliskich Śmierci (NDE): pójście w światło, kontakt ze zmarłymi, ale także pobyt poza ciałem podczas operacji.

Po zabiegu Pamela dokładnie zrelacjonowała rozmowę dra Spetzlera z chirurgiem naczyniowym podczas wypreparowywania naczyń krwionośnych celem podłączenia płuco-serca, która rzeczywiście miała miejsce. Zabieg był filmowany. W stanie przebywania poza ciałem widziała i słyszała wyraźnie to, co się zdarzyło. Zdaniem lekarzy operatorów nie mogła teoretycznie ani nic widzieć, ani słyszeć, ponieważ oczy miała zaklejone i zasłonięte, w uszach założone brzęczące zatyczki podłączone do aparatury monitorującej funkcjonowanie mózgu. Na tym etapie zabiegu operacyjnego nie ma przewodnictwa kanałów dla normalnych zmysłów.

Oto fragment relacji Pameli z rozmowy lekarzy podczas zabiegu:

Wyraźnie pamiętałam kobiecy głos:

– Mamy problem, arteria jest za cienka.

A głos męski:

– Spróbujcie po drugiej stronie.

To wyglądało, jakby pochodziło z przekazu na stole. Pamiętam moje zdumienie: co oni robią tutaj, przy moich udach, skoro ja przyszedłam na operację mózgu. I co się wydarzyło, że oni mieli dojście do udowych arterii, wypuszczając krew... nie rozumiałam tego.

Ponadto narysowała narzędzie, którym otwierano jej czaszkę. Rysunek wiernie odzwierciedla piłę do kości, której użyto. Porównywała ją początkowo do elektrycznej szczoteczki do zębów. Nie mogła tego przedmiotu widzieć wcześniej, ponieważ był zabezpieczony w zestawie instrumentarium po sterylizacji. Dokumentacja medyczna potwierdziła ten obraz (Bartholomew 2003; *The Day I Died*; „The Ground of Faith Journal” 2004).

Nie pamiętam pokoju operacyjnego. Nie pamiętam nic prócz dźwięku. Dźwięk był nieprzyjemny... przypominający pobyt w gabinecie dentystycznym, pamiętam mrowiący czubek mojej głowy, coś w rodzaju pęknięcia na jej szczycie. Patrzyłam z góry na moje ciało. Wiem, że to było moje ciało, lecz nie przywiązywałam do niego wagi. Pamiętam instrument w ręce chirurga. To wyglądało jak rączka mojej elektrycznej szczoteczki do zębów.

Piła, która rzeczywiście została użyta do otwarcia czaszki, przypomina kształtem elektryczną szczoteczka do zębów.

Poczułam obecność, coś w rodzaju obecności, obróciłam się wokół, aby to zobaczyć. I zobaczyłam maleńki punkt świetlny. Światelko zdawa-

ło się mnie przyciągać. Odczuwałam fizyczne uczucie przyciągania. To światło wydawało się mnie obejmować. A ja podążałam do nadchodzącego światła.

Zacząłam odróżniać postaci ludzkie, różne figury. Usłyszałam wołanie przyjaciela. I szłam do niego. Czułam się wspaniale. Wołał mnie ktoś, kto zszedł z tego świata, gdy miał 39 lat. Nauczył mnie bardzo wiele. Nauczył mnie grać na mojej pierwszej gitarze. Zobaczyłam wielu, wielu ludzi, których znałam. I innych, których nie znałam, lecz wiedziałam, że byłam na wiele sposobów z nimi połączona.

Zapytałam:

– Czy to światło to Bóg?

Odpowiedź:

– Nie, Bóg nie jest światłem. Światło się pojawia, gdy Bóg oddycha.

Doskonale pamiętam to, że stoję w tchnieniu Boga. (...)

W jakimś punkcie czasu przypomniałam sobie, że to był czas powrotu. Mój wujek był jedynym, który rzucił mnie z powrotem w dół, do ciała. Kiedy wróciłam na miejsce, gdzie to ciało było, miałam wejrzenie jak na przedmiot i byłam pewna, że nie chciałam wejść w to, wyglądało jak pozbawione czucia, mogłoby mnie skaleczyć. Nie chciałam wrócić. Wiedziałam, że powrót będzie bolesny. On zaczął mnie przekonywać. Przypomniał mi o dzieciach. A ja powiedziałam moim dzieciom, że będą wspaniale i ma się kto nimi opiekować. Spytałam:

– Jak mam to zrobić?

A on odparł:

– Po prostu skacz, jak do basenu.

Wahałam się... Zobaczyłam ciało podrywające się i on wtedy pochwycił mnie, i pchnął, i poczułam, jak ono podskakuje.

Pamela Reynolds powróciła do zdrowia. Komponuje i śpiewa razem z mężem (*Pop Albums Topics...* 2005).

Drugi przypadek pochodzi z Krakowa i był przedstawiany pod kątem prowadzonej psychoterapii w Dreźnie w 2000 roku podczas międzynarodowej konferencji pt. *Learning from others better holistic understanding* (31 maja–4 czerwca 2000 roku) (Chodak 2000).

W Krakowie, przy ul. Kopernika 19, w roku 1694 wybudowany został kościół św. Łazarza, aktualnie Kościół Niepokalanego Poczęcia NMP. Jest to miejsce szczególne. W budynkach poklasztornych znajdowały się oddziały kliniczne. Przez około dwadzieścia lat pracowała tutaj służebnica Boża Rozalia Celakówna, której proces kanonizacyjny na poziomie diecezjalnym zakończył się w 2007 roku. Budynek jest zabytkiem („Rejestr zabytków

miasta Krakowa” nr A 1006); w 1971 roku została tam umieszczona Katedra i Klinika Ortopedii Collegium Medicum UJ. Nie bez powodu podaję fakty historyczne. Otóż 27 sierpnia 1997 roku Anna M., lat 18 (nr h.ch.: 18284) poddana została zabiegowi operacyjnemu prawego stawu biodrowego z powodu zmian zwyrodnieniowych, cysty szyjki kości udowej i narastających zespołów bólowych. Przeszła wielokrotne hospitalizacje i zabiegi operacyjne. Ten pobyt w szpitalu był dwudziesty czwarty z kolei. Po zabiegu w wyniku powikłań ze strony układu krążenia pacjentka pięć dób przebywała na Oddziale Intensywnej Terapii w stanie bardzo ciężkim: z sinicą obwodową, z obrzękiem płuc, wahaniami częstotliwości pracy serca, znaczną hipoksemią. Po włączeniu leczenia przeciwwatorowego i wspomagającego krążenie stan chorej stawał się stabilniejszy. W siódmej dobie została rozintubowana przy lepszych parametrach medycznych.

Z kontaktu, reakcji i relacji Ani mogłam stwierdzić Zespół Doznań Bliskich Śmierci.

Czułam moje ciało gdzie indziej, a duszę gdzie indziej.

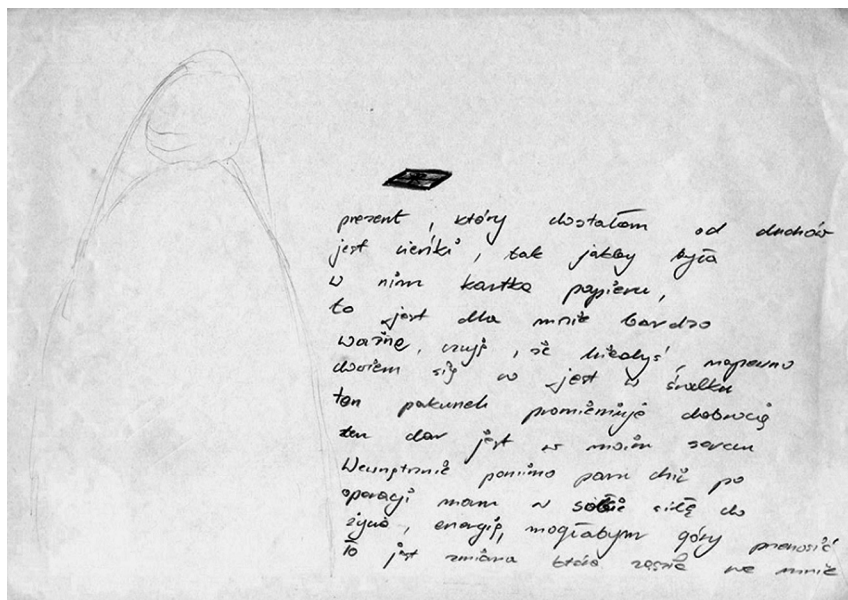
Chodziły cienie ludzi. Ja się ich nie bałam – umarli, nie znałam ich, ale mogłam się z nimi porozumieć bez problemu, telepatycznie. Raczej życzliwi, czułam się z nimi normalnie, nie przeszkadzali mi. Wtedy byłam daleko od ciała, nie czułam go.

Widziałam moich znajomych zmarłych. Stali przy mnie obaj dziadkowie, wujek, ciocia i babcia. Odczuwałam piękno, spokój i nic mnie nie bolało.

Wracając do cieni, to wiedziałam, czy to jest mężczyzna, czy kobieta. Byli podobni do mnichów z kapturami. Chodzili po całej Intensywnej. Byli zakryci, ale ja wiedziałam, jak oni wyglądają. Byli w różnym wieku – kobiety i mężczyźni, i starsi, i młodsi, i dzieci. Słyszałam płacz tych dzieci. Starsi brali dzieci na ręce, uspokajali je. Oni mi nie przeszkadzali, nie wadzili, mogli chodzić. Oni po prostu byli. Między zakapturzonymi zakonnikami mignął mi duży czarny kot (fot. 1).

Prezent, który dostałam od duchów, jest cienki, tak jakby była w nim kartka papieru. To jest dla mnie bardzo ważne, czuję, że kiedyś na pewno dowiem się, co jest w środku. Ten podarunek promieniuje dobrocią. Ten dar jest w moim sercu. Wewnętrznie pomimo paru dni po operacji mam w sobie siłę do życia, energię, mogłabym góry przenosić. To jest zmiana, która zaszła we mnie.

Wydaje mi się, że to chodziło o zgodę, o połączenie rodziny. Szczęście w nieszczęściu, bo dzięki mnie cała rodzina się pogodziła. Wydaje mi się, że oni dali mi taki pakunek, a z tego pakunku „biła” taka dobroć. Pakunek był w kolorze czerwonym (Chodak 1995).



Fot. 1. Rysunek Ani: zarys postaci mnicha i prezent

O moim powrocie zdecydował krzyk lekarki, że mam oddychać. Jak nie będę sama oddychać, to nie wyciągną mi rury, i że czeka na mnie mama. To się stało nagle. Myślałam, że to wszystko jest snem, czekałam na mamę, aż mnie z niego obudzi.

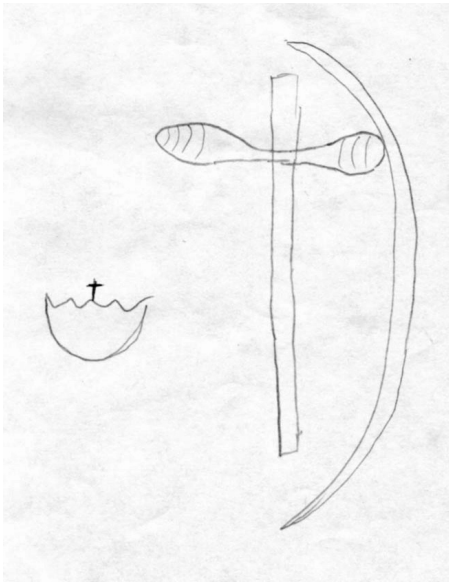
Miałam kłopoty z datami, z czasem. Nie mogłam sobie poradzić z niepamięcią.

Parę dni po operacji czułam swoje ciało inaczej. Czułam inaczej nogi: zdrowa była razem, a chora noga była osobno. Czułam jakby ta noga była nie moja, drętwa, dalej ode mnie. Trochę inaczej odczuwałam temperaturę ciała.

Po terapii psychologa na poziomie ciała, z pracą, z dotykiem, te nogi się połączyły i zrobiło mi się ciepło. Było to bardzo przyjemne, było miło, tak błogo. Skończyły się problemy z temperaturą ciała.

Po sześciu dniach po ponownej pracy z ciałem na poziomie brzucha i głowy poczułam rozluźnienie, spokój i senność. Po całym incydencie zmieniłam się wewnętrznie, stałam się bardziej wyciszona, spokojna, dokładniejsza. Wydaje mi się, że wygląd mój również się zmienił, że na twarzy się zmieniłam. Czuję się starsza i bardziej doświadczona.

W pomieszczeniach, w których przebywała podczas NDE, Ania opowiadała o przedmiotach, które utkwiły jej wyraziście w pamięci. Była to wyso-



Fot. 2. Rysunek Ani: krzyż z miecza i inne detale

ka czarna chrzcielnica, a obok niej na ścianie wisiał krzyż zrobiony z miecza, szabli i ozdoby o półokrągłych kształtach w kolorze złotym.

Zapytałam ją, czy widziała chrzcielnicę w tym budynku podczas pobytu w Klinice. Odpowiedziała przecząco. Kiedy szliśmy korytarzem na parterze, Ania zwróciła uwagę na drewniane drzwi do Kościoła z napisem „Kościół”.

– Były białe – powiedziała – z napisem „Kaplica”.

Wchodząc do sali gimnastycznej, gdzie na jednej ze ścian widnieje zabytkowa chrzcielnica z czarnego marmuru, wykrzyknęła:

– Ale nie ma teraz obok niej na ścianie krzyża z miecza, szabli i ozdób!

Ania przedstawiła te przedmioty na rysunku (fot. 2).

Dzięki podobnym przypadkom opisanym w literaturze naukowej zaczęłam szukać i znalazłam fakty z dalekiej przeszłości. W tym samym czasie kierownik Kliniki Ortopedii wydał pamiątkową broszurę poświęconą 40-leciu Katedry i Kliniki Ortopedii (fot. 3).

Z danych z archiwów wynika, że Klinika Ortopedii mieściła się w dawnym klasztorze, który zajmowali karmelici i siostry miłosierdzia. W 1782



Fot. 3. Okładka publikacji jubileuszowej z okazji 40-lecia Katedry i Kliniki Ortopedii

roku prymas Polski Michał Poniatowski przeniósł szpital z kamienicy przy kościele św. Barbary do budynków poklasztornych przy ul. Kopernika 19a. W 1788 roku przeniesiono tu Klinikę Położniczą, a następnie położnice i podrzutki ze szpitala św. Ducha (Barabasz 1997; Czerwiński 2000 i 2001).

W tym właśnie budynku, parę wieków wstecz, realnie mogły mieć miejsce sceny, które widziała i relacjonowała Ania: płaczące dzieci brane na ręce przez zakonników i zakonnice.

Natomiast marmurowy lawaterz, zapamiętany przez Anię jako „chrzcielnica”, gdyż budową w kształcie muszli bardzo ją przypominał, znajdował się w dawnych pomieszczeniach zakrystii kościoła św. Łazarza, a następnie w sali gimnastycznej Kliniki Ortopedii.

Oto moje wpisy do historii choroby Ani:

Wpis z dnia 05.09.1997 roku:

Interwencja psychologiczna nastąpiła na prośbę matki, która była zdezorientowana i zdumiona odmiennością reakcji swojej córki. Szukała pomocy i wytłumaczenia z powodu nagłej zmiany zachowania córki – „takiej, że jej teraz nie poznaje”. A także była zaniepokojona dolegliwościami córki, wobec których poczuła się bezradna – odnoszącymi się do zmiany temperatury partii ciała, zaburzeniami odczuwania dolnej części ciała.

Zastosowałam pracę z dotykiem i ciałem mającą na celu scalenie przy chwilowych odłączeniach, szczególnie kończyn dolnych. A także pomoc przy adekwatnym odbiorze temperatury.

Wyjaśnienie:

Zastosowanie metody psychosomatoanalizy (Meyer 1999) pozwala na nawiązanie relacji terapeutycznej o globalnym charakterze, komunikacji na paru poziomach równocześnie. Początkowo Ania oddychała nierówno, lecz stopniowo oddech wyrównywał się i wydłużał. Trwałyśmy w ciszy na Oddziale Intensywnej Terapii. Oddech zaczął się zwalniać. Zaczęłam oddychać razem z Anią. Nagle Ania położyła swoją dłoń na mojej, którą trzymałam na jej brzuchu. Dalej trwałyśmy w milczeniu. Nastąpiło jakby doświadczenie zjednoczenia w odczuciu fizycznym naszych rąk. I dalej trwałyśmy połączone w głębokiej więzi – połączone w tym procesie, który Meyer nazywa „matrycą afektywną” lub w „*phili*” wg Veldmana.

Zalecono matce aplikowanie jak najwięcej kontaktu dotykowego oraz dostarczenie owoców, przedmiotów, odzieży, ręczników w kolorze czerwonym.

Oddziaływanie psychoedukacyjne, a zarazem uspokajające wobec matki dotyczyło wytłumaczenia istoty zjawiska NDE oraz typowych zmian, jakie następują w zachowaniu córki oraz u innych osób po tego rodzaju traumatycznym doświadczeniu.

Wpis z dnia 09.09.1997 roku:

Obserwuje się zanik objawów odłączenia. Chora jest w dobrym kontakcie. Skarży się na kłopoty ze snem trwające od czasu zabiegu. Kontynuacja terapii dotykiem.

Jest bardzo dobra współpraca z rodziną z respektowaniem zaleceń, zgodnych z potrzebami pacjentki i otwartością na propozycje terapeutyczne.

Wpis z dnia 10.09.1997 roku:

Pacjentka relacjonuje radość z powodu pełnej przespanej nocy. Podczas dwóch godzin relacji, poza obszarem niepamięci wstecznej, nastąpiło odreagowanie i lepszy kontakt z własnymi przeżyciami, z nadaniem im sensu oraz perspektywy.

Celem lepszego ugruntowania poprosiłam o przyniesienie piłeczek tenisowych do ćwiczeń ze stopami. Przed wypisaniem do domu konieczny jest kontakt z psychologiem zarówno pacjentki, jak i matki.

Jak wytłumaczyć powyższe zjawiska? Nie dysponujemy odpowiednimi narzędziami i adekwatnymi teoriami do pełnego zrozumienia. Skąd bierze się świadomość? Jak i kiedy wydarza się NDE?

W jaki sposób wyjaśnić unoszenie się ponad ciałem i pamiętanie faktów z operacji, podczas gdy zostały wyłączone obwody pamięci i jakby fakty zostały zarejestrowane poza mózgiem?

Powstaje pytanie: w jaki sposób Pamela mogła widzieć i słyszeć, skoro na tym etapie operacji nie mogła ani nic widzieć, ani słyszeć, ponieważ jeszcze dodatkowo w uszach miała zatyczki podłączone do aparatury monitorującej pracę mózgu? Przypadek ten pokazuje, że w jakiś sposób Pamela była zdolna utrzymać koherentną percepcję i pamięć.

Jak jest możliwe pamiętanie przedmiotów i scen sprzed ponad dwustu lat?

Nowe podejście wykazali sir Roger Penrose (profesor Uniwersytetu Oxford – matematyk i fizyk) i Stuart Hameroff (profesor anestezjologii i psychologii, Uniwersytet w Arizonie).

Zanim przejdę do tego zagadnienia, parę słów poświęcę mikrotubułom, mikroskopijnym, niewyobrażalnie małym białkom. Są obecne

wewnątrz neuronów i innych komórek. Są to długie cylindryczne włókna o średnicy 25 nm, wzdłuż których odbywa się transport enzymów i peptydów.

Małe tubule w wewnętrznej strukturze komórki transportują molekuly. Pomagają nadawać i utrzymać jej kształt. Pełnią funkcję układu nerwowego w komórce. Biorą udział w podziałach komórkowych (Kolb, Wisshaw 2003; Purves i in. 2004).

Mikrotubule są także przedmiotem badań medycyny nuklearnej w zastosowaniu do terapii klinicznej nowotworów. Leki wywodzące się z kolchicyny i taxolu niszczą szybko dzielące się komórki nowotworowe przez wybiórcze działanie stabilizujące lub destabilizujące na mikrotubule.

Nowe podejście Rogera Penrose'a i Stuarta Hameroffa oparte jest na efektach kwantowych pojawiających się na tubulach i mikrotubulach, proteinach na włóknach nerwowych tworzących sieć. Mikrotubule tworzące cytoszkielet komórki są miejscem, gdzie zachodzą wieloskalowe procesy kwantowe. Traktuje się je jako nośniki, medium świadomości (Hameroff i in. 2002).

Efekty kwantowe mikrotubul zakładające, że wszystko połączone jest ze wszystkim, superpozycja stanów czasoprzestrzeni czy koherencja (uwikłanie) kwantowa pomagają zrozumieć tego rodzaju fenomeny jak unoszenie się poza ciałem, widzenie i słyszenie podczas NDE, jak też odniesienia do przeszłości.

W Centrum Badań nad Świadomością Uniwersytetu w Arizonie w kwietniu 2008 roku podczas konferencji *Toward a Science of Consciousness* 2008 prof. Alison Gopnik z Uniwersytetu Berkeley wygłosiła referat pt. „Dlaczego niemowlęta są bardziej świadome od nas?”. Na podstawie najnowszych odkryć neurologicznych i psychologicznych uzasadnia, że u niemowląt stan świadomości ma szersze spektrum, zbliżone do naszego stanu medytacyjnego, i nie jest zawężony uwagą (Gopnik 2008).

Między innymi dr Jean Ratte z Montrealu rozważał embrionalne i naczyniowe korelaty świadomości z klinicznym zastosowaniem Naczyniowego Semantycznego Rezonansu, badając naczyniowy rezonans pigmentów (percepcję mezodermalną, pigmenty jako układy dynamiczne stanowiące pierwszą formę pamięci), fale sieci mikrotubul jako wibracyjny ekwiwalent świadomego procesu, obchodząc ektodermalną czuciową, wizualną i słuchową percepcję. Ciało w tych badaniach jawi się jako spektroskop – widmo świetlne (Ratte 2008).

Współcześni wybitni badacze, jak S. Parnia, P. Fenwick, Van Lommel, badający zjawiska NDE u osób z zatrzymaniem akcji serca z zastosowaniem najnowszej aparatury obrazowania powołują się w wysokiej rangi

naukowej publikacjach (w piśmie „Lancet”) na hipotezy Penrose’a i Hammeroffa (Parnia 2006, Lommel i in.; Lommel 2007).

Powołany został międzynarodowy projekt badawczy zainicjowany przez eksperta w dziedzinie badań nad świadomością podczas śmierci klinicznej dr Sama Parnię, profesorów z Uniwersytetu w Southampton i naukowców z całego świata pt. „Studium AWARE” (*Awareness During Resuscitation*). Badania pilotażowe pokazują, że u 10–25% ludzi z zatrzymaniem akcji serca i śmiercią kliniczną stwierdza się dobrze funkcjonujące procesy myślenia, rozumowania oraz pamięci (Parnia 2009; *The AWARE Study...*).

Na tym poziomie rozważań naukowcy posługują się następującą metaforą: podczas naszego życia świadomość, podobnie jak światło, ma zarówno aspekt cząsteczkowy, materialny, jak i aspekt falowy, które pozostają w ciągłej interakcji ze sobą. Kiedy umieramy, następuje przemiana: świadomość staje się falą, światłem.

*Zgaś moje oczy: ja Cię widzieć mogę,
Uszy zatrzaśnij: ja Ciebie usłyszę –
i ja do Ciebie bez nóg znajdę drogę
i bez ust krzyk mój cisnę w Twoją ciszę.
Ręce mi odrąb, a ja Cię pochwycę,
ja Cię pochwycę sercem jak ramieniem,
zawrzyj mi serce: mózgiem Cię zdobędę,
a skoro mózg mi wypalisz płomieniem,
ja na krwi mojej Ciebie nosić będę.*

Rainer Maria Rilke, tłum. Witold Hulewicz

Bibliografia

- Barabasz CM R. (1997), *Historia kościoła Niepokalanego Poczęcia NMP (św. Łazarza) w Krakowie*, Kraków.
- Bartholomew A. (2003), *Życie po życiu. Dusza ludzka pod lupą naukowców*, „Reader’s Digest”, nr 11, s. 74–83.
- Chodak M. (1995), *Terapeutyczna rola osób zmarłych*, Ośrodek Pomocy i Interwencji Psychologicznej CMUJ, „Zeszyty Interwencji Kryzysowej”, grudzień, t. 5, s. 67–84.
- Chodak M. (2000), *Manus medica and Usage of Psychosomatoanalysis in Near-Death Experience, Learning From Others – Better Holistic Understanding*, International Conference in Dresden may 31–june 4 2000.

Chodak M., Ender E. (2007), *Koniec czy początek? Kontynuacja naszej świadomości podczas NDE*, 17 Europejskie Sympozjum Somatoterapii i Edukacji Psychosomatycznej, Kraków 25–27 października 2007.

Czerwiński E. (2000), *40-lecie Katedry i Kliniki Ortopedii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego 1957–1997* [broszura].

Czerwiński E. (2001), *Memorandum. 44 lata Kliniki Ortopedii Collegium Medicum UJ*, 23 sierpnia 2001, Kraków.

Dr Sam Parnia on the AWARE study, wholescience.org.

Gopnik A. (2008), *Why Babies Are More Conscious Than We Are?*, <http://www.consciousness.arizona.edu/tucson/2008.htm>.

Hameroff S., Nip A., Porter M., Tuszyński J. (2002), *Conduction pathways in microtubules, biological quantum computation, and consciousness*, „Biosystems”, 64 (Jan.), 1–3.

Kolb B., Whishaw I.O. (2003), *Fundamentals of Human Neuropsychology*, wyd. 5, New York.

Lommel Van P. (2007), *Contuity of Consciousness*, <http://www.iands.org>.

Lommel Van P., Wees Van R., Meyers V., Elfferich I. (2001), *Near Death Experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands*, „Lancet”, nr 358, t. 15, s. 2039–2045.

Lutomsky B., Flake F. (2003), *Leitfaden Rettungsdienst*, München–Jena.

Meyer R. (1999), *Les Nouvelles Professions PSY. Eco-Humanisme et Psychothérapie*, Editions Somatothérapies, Strasbourg.

Neuroscience. Third Edition. Sinauer Associates (2004), red. D. Purves i in., Massachusetts.

Nicolay J. (2005), *Nahtod- Erfahrungen in Therapie und Beratung*, „Reportpsychologie”, nr 30/1.

Parnia S. (2006), *What Happens When We Die*, Carlsbad (California).

Pop Albums Topics from Answers.com Side Effects of Dying, The Album by Reynolds Robinson (2005), www.answers.com/library/Pop+Albums-letter-1S-first-4851-47.

Ratte J.M. (2008), *Embriology and Vascular Correlates of Consciousness. From the quanta to the qualia. From semiotics to semantics*, [http://www.consciousness.arizona.edu/2008 Poster Session.htm](http://www.consciousness.arizona.edu/2008%20Poster%20Session.htm).

Rilke R.M. (1999), *Poezje*, tłum. W. Hulewicz, Toruń, s. 41.

The AWARE Study – AWAreness during REsuscitation – World's Largest, www.mindbodysymposium.com/Human.../the-aware-study.html.

The Day I Died (2002), film dokumentalny BBC 2, Discovery.

„The Ground of Faith Journal” (2004), <http://homepages.ihug.co.nz/~thegroundoffaith/issues/2004-02/pam.html>.

Etyczne aspekty „testamentu życia”

Niniejsze rozważania stanowią próbę uchwycenia pewnych refleksji natury etycznej pojawiających się w kontekście tzw. „testamentu życia”. Etymologicznie słowo „testament” pochodzi z łaciny i jest to „jednostronna i odwoalna czynność prawna, przez którą spadkobierca (testator) rozporządza swym majątkiem na wypadek śmierci; także dokument, w którym spadkodawca spisał treść tej czynności”¹. Oczywiście, zagadnieniem interesującym nas w tych rozważaniach nie jest testament jako taki, lecz projekt ustawy opracowany przez zespół bioetyczny działający przy premierze Rzeczypospolitej Polskiej. W skład tego zespołu wchodzi lekarze, etycy, biolodzy, prawnicy i księża.

Instytucja testamentu życia w praktyce mogłaby mieć formę kartki noszonej w portfelu z tekstem zawierającym życzenie, iż w wypadku utraty przez daną osobę świadomości bez szans na jej odzyskanie, nie należy podejmować żadnych nadzwyczajnych środków uporczywego podtrzymywania życia. Inna propozycja to zapis elektroniczny wyżej wspomnianej woli. Warto zauważyć, że podobny sposób decydowania o własnym losie przewiduje Europejska Konwencja Bioetyczna, którą nasz kraj ma niebawem ratyfikować. Stwierdza się we wspomnianym dokumencie,

¹ *Encyklopedia „Gazety Wyborczej”*, t. 18, Kraków 2005, s. 516.

że „należy brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenie pacjenta co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzenia nie jest on w stanie wyrazić swojej woli”². Projekt omawianego przez nas dokumentu składa się z kilku punktów. Najważniejsze, poza wspomnianą już wolą zaprzestania nadzwyczajnych działań przedłużających życie, zawierają m.in. wolę, aby opieka lekarska koncentrowała się na łagodzeniu objawów, głównie bólu, oraz zapewnienie możliwości umierania godnie i w spokoju, o ile to możliwe w łączności z najbliższymi. Omawiany dokument ma zawierać również wskazanie dotyczące zapewnienia opieki duszpasterskiej związanej z określoną religią oraz wyznaczenie osoby uprawnionej do podejmowania decyzji w imieniu osoby składającej oświadczenie swojej woli w testamencie życia.

Omawiany projekt ustawy wzbudza wiele kontrowersji natury etycznej. Dla jego przeciwników jest on równoznaczny z zalegalizowaniem eutanazji. Z kolei zwolennicy interpretują zapisy projektu ustawy jako walkę o „prawo do godnej śmierci”. Pojęcie godności pojawia się zresztą jako argument w dyskusjach po obu stronach, zarówno tych, którzy dostrzegają w omawianym dokumencie wielkie dobrodziejstwo umożliwiające człowiekowi uniknięcie zbędnego cierpienia i upokorzenia, jak i tych, dla których testament życia jest prostą drogą do legalizacji eutanazji i pogwałceniem przynależnej każdemu człowiekowi godności, którą posiada on z racji bycia osobą. Wydaje się, że etyczna dyskusja nad testamentem życia jest po prostu kontynuacją etycznej refleksji nad zagadnieniem eutanazji³.

W sposób jednoznaczny stanowisko przeciwników eutanazji *resp.* testamentu życia wyrażają słowa, które odnajdujemy w encyklice Jana Pawła II zatytułowanej *Evangelium vitae*, gdzie czytamy m.in.: „W takim kontekście coraz silniejsza staje się pokusa *eutanazji*, czyli *zawładnięcia śmiercią poprzez spowodowanie jej przed czasem* i »łagodne« zakończenie życia własnego lub cudzego. W rzeczywistości to, co mogłoby się wydawać logiczne i humanitarne, przy głębszej analizie okazuje się *absurdalne i nieludzkie*. Stajemy tu w obliczu jednego z najbardziej niepokojących objawów »kultury śmierci«, szerzącej się zwłaszcza w społeczeństwach do-

² Polskie tłumaczenie wspomnianego dokumentu w: „Prawo i Medycyna” 1999, nr 3, t. 1, s. 140–151.

³ Należy pamiętać, że twórcy projektu ustawy zwanej testamentem życia sprzeciwiają się zdecydowanie utożsamianiu go z eutanazją. Nie rozstrzygając tej kwestii, wydaje się, że istnieje tutaj wiele punktów zbieżnych, które pozwalają na sformułowanie tezy, iż w rzeczywistości dyskusja nad testamentem życia jest rozwinięciem dyskusji poświęconej eutanazji.

brobytu, charakteryzujących się mentalnością nastawioną na wydajność, według której obecność coraz liczniejszych ludzi starych i niesprawnych wydaje się zbyt kosztowna i uciążliwa. Ludzie ci bardzo często są izolowani przez rodziny i społeczeństwo, kierujące się prawie wyłącznie kryteriami wydajności produkcyjnej, wedle których życie nieodwracalnie upośledzone nie ma już żadnej wartości (...). Poczyniwszy te rozróżnienia, w zgodzie z Magisterium moich Poprzedników i w komunii z Biskupami Kościoła Katolickiego, *potwierdzam, że eutanazja jest poważnym naruszeniem Prawa Bożego* jako moralnie niedopuszczalne dobrowolne zabójstwo osoby ludzkiej. Doktryna ta jest oparta na prawie naturalnym i na słowie Bożym spisanim, jest przekazana przez Tradycję Kościoła oraz nauczana przez Magisterium zwyczajne i powszechne. Praktyka eutanazji zawiera – zależnie od okoliczności – zło cechujące samobójstwo lub zabójstwo⁴. Warto zauważyć, że Papież odróżnia eutanazję od decyzji o zaprzestaniu uporczywej terapii, tzn. rezygnacji „z pewnych zabiegów medycznych, które przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów, jakich można by oczekiwać lub też są zbyt uciążliwe dla samego chorego i dla jego rodziny”⁵. Ta ostatnia decyzja nie jest, zdaniem papieża, tożsama z eutanazją lub samobójstwem. Wyraża ona raczej „akceptację ludzkiej kondycji w obliczu śmierci”. Jeśli potraktujemy projekt testamentu życia jako pewną próbę prawnego uregulowania kwestii związanych z sytuacjami, w których należy zaprzestać uporczywej terapii, wówczas dokument ten pozostawałby w zgodzie z etyką katolicką, w świetle zacytowanych powyżej słów Jana Pawła II. Kościół Katolicki sprzeciwia się zdecydowanie eutanazji (podobnie jak samobójstwu), którą w „Deklaracji o eutanazji” z 1980 roku określono jako zbrodnię przeciwko ludzkości. Czytamy tam m.in.: „nikt nie ma prawa pozbawić życia niewinnego człowieka, niezależnie od tego, czy chodzi o płód, embrion, dziecko, dorosłego czy starca, nieuleczalnie chorego czy umierającego. Ponadto nikomu nie wolno prosić o taką śmiertelność czynność; ani dla siebie, ani dla kogoś innego, powierzono jego odpowiedzialności; co więcej nikt nie może zgodzić się na to, bezpośrednio lub pośrednio. Nie może również takiej czynności prawomocnie nakazać lub zezwolić na nią żadna władza. Chodzi w tym przypadku o naruszenie prawa Bożego, o znieważenie godności osoby ludz-

⁴ Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, red. T. Styczeń, J. Nagórny, Lublin 1997, r. III, s. 64–65.

⁵ *Ibidem*, s. 65.

kiej, przestępstwo przeciw życiu, zbrodnię przeciw ludzkości”⁶. Z punktu widzenia etyki katolickiej rozstrzygające dla moralnej oceny rozwiązań zawartych w testamencie życia jest jednoznaczne określenie, czy wyżej wymieniony dokument zawiera przyzwolenie dla eutanazji, czy jedynie świadomie wyrażoną wolę rezygnacji z przedłużania życia „za wszelką cenę”. U podstawy wyrażonego powyżej w wielkim skrócie nauczania Kościoła Katolickiego leży przekonanie, że życie ludzkie jest darem Boga. Z drugiej strony śmierć jest nieunikniona. Właściwą postawą, wedle tej koncepcji, jest jej świadoma akceptacja w duchu godności i zaufania wobec Stwórcy. Momentu jej nadejścia nie wolno jednak nam przyspieszać. Podobne poglądy w kwestii eutanazji i samobójstwa reprezentują inne wyznania chrześcijańskie oraz wielkie religie, takie jak judaizm, islam, buddyzm czy hinduizm⁷.

Zwolennicy eutanazji, usiłując uzasadnić swój pogląd, odwołują się zazwyczaj do uczucia litości dla beznadziejnie chorego i cierpiącego człowieka. Aprobata dla samobójstwa jako godnego sposobu zakończenia życia odnajdujemy już w starożytności. Moralny ideał „dobrej śmierci”, którym w pewnych okolicznościach mogło być również samobójstwo, głosili epikurejczycy i stoicy. Za taką natomiast uważano śmierć wolną od niepotrzebnego bólu, lęku i poniżenia. W liście twórcy wielkiej szkoły filozoficznej, Epikura, skierowanym do Menojkeusa czytamy: „Staraj się oswoić z myślą, że śmierć jest dla nas niczym, albowiem wszelkie dobro i zło wiąże się z czuciem; a śmierć jest niczym innym jak właśnie całkowitym pozbawieniem czucia. Przeto owo niezbite przeświadczenie, że śmierć jest dla nas niczym, sprawia, że lepiej doceniamy śmiertelny żywot (...). W istocie bowiem nie ma nic strasznego w życiu dla tego, kto sobie dobrze uświadomił, że przestać żyć nie jest niczym strasznym. Głupcem jest atoli ten, kto mówi, że lękamy się śmierci nie dlatego, że sprawia nam ból, gdy nadejdzie, lecz że trapi nas jej oczekiwanie (...). A ten, kto nawołuje, by młodzieniec żył pięknie, a starzec pięknie życie zakończył, jest naiwny nie tylko dlatego, że życie jest zawsze pożądane zarówno przez jednych, jak i drugich, lecz raczej dlatego, że troska o życie piękne nie różni się niczym od troski o jego piękny koniec”⁸. Podobnie w liście napisanym

⁶ Święta Kongregacja Nauki i Wiary, *Deklaracja o Eutanazji*, Rzym 1980.

⁷ Na temat stosunku innych religii do eutanazji zob. M. Szerocyńska, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie. Studium prawnoporównawcze*, Kraków 2004.

⁸ *Filozofia starożytna Grecji i Rzymu*, teksty wybrał i wstępem poprzedził J. Legowicz, Warszawa 1970, s. 240–241.

przez rzymskiego stoika Senekę do Lucyliusza odnajdujemy następujące słowa: „Nie zawsze, jak ci wiadomo, należy życie przedłużać. Albowiem dobrem jest nie samo życie, lecz piękne życie. Dlatego mędrzec żyje tyle, ile żyć powinien, a nie tyle, ile żyć może. Będzie on zastanawiał się, gdzie ma żyć, z kim, w jaki sposób i czego ma dokonać. Zawsze zważa on, jakie ma być życie, a nie jak długie. (...) Miałbym czekać bezlitosnych mąk, zadawanych przez chorobę lub przez człowieka, skoro mogą unikać katuszy oraz rozproszyć przeciwności? (...) Podoba ci się? – żyj. Nie podoba ci się – wolno powróć tam, skądś przyszedł”⁹. Starożytność przejawiała postawę akceptacji dla praktyk eutanazyjnych. Do ugruntowania przekonania o świętości życia i poglądu, że nikomu nie wolno go w sposób celowy odbierać, przyczynił się głównie rozwój judaizmu i chrześcijaństwa¹⁰. W religiach tych, jak zwrócono uwagę powyżej, życie uważane jest za dar Boga i jedynie On może nim w sposób dowolny rozporządzać. Wielu etyków i teologów chrześcijańskich podkreśla ponadto, że eutanazja stanowi również naruszenie prawa naturalnego. Doceniając wagę argumentacji religijnej w omawianej problematyce, zwróćmy uwagę, że nie może ona stanowić wystarczającej podstawy dla rozstrzygnięć prawnych w kontekście projektu omawianego dokumentu (jakkolwiek jest bardzo ważna i nie może być pominięta). Przede wszystkim dlatego, iż argumenty religijne mają moc obowiązującą wyłącznie dla ludzi wierzących.

Wspomniany projekt zawiera dwie instytucje: po pierwsze, zdrowa osoba może poprosić, żeby w razie zaistnienia sytuacji, w której nie będzie w stanie wyrazić swojej woli, nie wykonywano na niej procedur uporzeczywej terapii. Ważne jest, że lekarz ma prawo odstąpić od wykonywania wspomnianej terapii, lecz, co istotne, nie musi się do tej prośby przychylić. Podjęcie decyzji pozostawia się lekarzowi, a ściślej rzecz ujmując, jego sumieniu. Autorzy projektu stwierdzają, że lekarz, mając jakiegokolwiek wątpliwości, zawsze wybierze życie. Drugą instytucją składającą się na projekt omawianej ustawy jest sytuacja, gdy pacjent jest chory, mając pełną świadomość swojego stanu. Wówczas może zdecydować, że w przypadku utraty świadomości nie będzie na siłę podtrzymywany przy życiu. Ta instytucja chroni lekarza przed potencjalnymi zarzutami. Pozostaje

⁹ *Ibidem*, s. 305.

¹⁰ Jest to pogląd akceptowany przez większość historyków moralności zachodniej. Sięgając do źródeł naszej kultury, warto pamiętać, że w czasach starożytnych tak w Grecji, jak i w Rzymie nawet tak szokujące praktyki jak dzieciobójstwo czy samobójstwo były szeroko akceptowane. Zob.: H. Kuse, *Eutanazja*, [w:] *Przewodnik po etyce*, red. P. Singer, red. nauk. wyd. polskiego J. Górnicka, Warszawa 2002, s. 337.

otwarte pytanie np. o sposób podpisywania takiej deklaracji. Najprawdopodobniej odbywałoby się to w obecności notariusza.

Obydwa zarysowane powyżej przypadki nie przesądzają, jak się wydaje, możliwości wystąpienia potencjalnych nadużyć czy błędnych interpretacji zapisów prawnych zawartych w projekcie omawianego dokumentu. Wydaje się jednak, że nie jest to argument o dużej sile perswazji. Ze swej natury bowiem wszelkie ludzkie działania obarczone są możliwością popełnienia różnego rodzaju błędów czy nadużyć. Właściwym kierunkiem działania jest tutaj udoskonalanie zarówno procedur, jak i zapisów prawnych minimalizujących wspomniane ryzyko.

Okazuje się zatem, że podstawowym gwarantem zarówno właściwego rozumienia, jak i stosowania zapisów prawnych zawartych w testamencie życia, jest etyka lekarska. Jeśli omawiany dokument ma służyć tej nadrzędnej wartości, jaką jest, w intencji jego autorów, prawo do godnej śmierci, refleksja etyczna musi poprzedzać jego uchwalenie. Uczestnikami tej refleksji winni stać się przedstawiciele różnych orientacji i kierunków etycznych oraz światopoglądowych reprezentujący różne specjalności.

Zauważmy, iż sama idea testamentu życia wpisuje się w stanowisko wypracowane przez wiodące amerykańskie ośrodki bioetyczne: Hastings Center w Nowym Jorku oraz Kennedy Institute of Ethics w Georgetown University w Waszyngtonie. W roku 1996 w czasopiśmie wydawanym przez Hastings Center opublikowano stanowisko sformułowane przez przedstawicieli 14 krajów Europy, Azji i Ameryki zawierające cztery podstawowe cele medycyny. Są one następujące:

1. Zapobieganie chorobom i urazom oraz promocja i podtrzymywanie zdrowia.
2. Przyznoszenie ulgi w bólu i cierpieniu spowodowanym przez choroby.
3. Opieka nad chorymi z różnymi dolegliwościami i ich leczenie oraz opieka nad tymi, którzy nie mogą być wyleczeni.
4. Zapobieganie przedwczesnej śmierci i stworzenie warunków spokojnej śmierci.

Szczególnie ostatni z wymienionych celów medycyny stanowić może punkt odniesienia dla dalszej refleksji nad testamentem życia. Kluczowe jest tutaj pojęcie „spokojnej śmierci”. „Za spokojną śmierć (*peaceful death*) można uważać taką, w przypadku której ból i cierpienie minimalizuje właściwa opieka paliatywna, pacjent nie czuje się opuszczony i zaniedbany, a opieka nad umierającym jest tak samo ważna jak opieka nad

tymi, którzy przeżyją”¹¹. Istotnym problemem etycznym jest w tym kontekście sposób wykorzystania aparatury podtrzymującej życie chorego, który nie może być wyleczony. Zwróćmy uwagę, że chory, który podpisał testament życia, nie decyduje już o swoim losie, decyzję tę musi podjąć za niego lekarz. Jednak testament życia zawierający wolę pacjenta umożliwia mu, w pewnym sensie, podjęcie decyzji co do swojego dalszego losu nawet w stanie nieświadomości. Tutaj pojawia się pewna trudność: z jednej strony dla lekarza znającego wolę chorego łatwiejsze powinno być podjęcie decyzji o zaprzestaniu uporczywej terapii; z drugiej jednak sytuacja taka zwiększać może poczucie odpowiedzialności lekarza, zmusza go bowiem do podjęcia decyzji o czymś życiu lub śmierci, a decyzja taka jest niezwykle trudna. Oczywiście najwyższym dobrem, jakim powinien kierować się lekarz, winno być dobro pacjenta. Musimy jednak z drugiej strony pamiętać, że sytuacja, której dotyczy testament życia, to sytuacja, w której pacjent umiera i nie może być wyleczony, inne przypadki nie mają tutaj zastosowania. Medycyna nie może walczyć z każdą śmiercią, lecz z taką, która nadchodzi w nieodpowiednim czasie: zbyt wcześnie i spowodowana jest przyczynami, jakie z medycznego punktu widzenia są możliwe do wyleczenia środkami, które można określić jako rozsądne. Sposób umierania jest tutaj również istotny: za właściwy należy uznać taki, który wolny jest od bólu i cierpienia, które medycyna jest w stanie uśmierzyć. Sama walka ze śmiercią jako taką nie jest, jak się wydaje, właściwym celem medycyny. Jest to cel utopijny, bowiem śmierć jest czymś naturalnym, czego wyeliminować się nie da.

Warto zwrócić uwagę, że medycyna nie może realizować celów, które są jej obce i jako takie muszą zostać uznane za niewłaściwe. Do takich celów należy wykonywanie przez świat medyczny zadań społecznych, politycznych lub ekonomicznych zamiast troski o zdrowie pacjenta. Lekarze nie mogą realizować tych zadań, których domaga się od nich władza polityczna lub społeczeństwo. Priorytetem musi tutaj pozostać troska o dobro pacjenta realizowana w duchu etyki lekarskiej. Stąd tak ważna wydaje się w dyskusji nad testamentem życia refleksja bioetyczna, a udział w niej lekarzy i etyków wręcz nieodzowny.

Innym elementem omawianego projektu ustawy jest stopień ogólności zastosowanych w nim zapisów. Oczywiście, żadna ustawa nie jest w stanie przewidzieć wszystkich, często niezwykle skomplikowanych

¹¹ *The goals of medicine: setting New priorities; a Hastings Center project report*, [w:] *Life choices: a Hastings Center introduction to bioethics*, red. J.H. Howell, W.E. Sale, Washington 2000, s. 65.

sytuacji, jakie niesie ze sobą życie. Idzie o to, aby zapisy były na tyle precyzyjne, aby wyeliminować niejako *a priori* te sytuacje, które mogą doprowadzić do przekształcenia się zaprzestania intensywnej terapii w eutanazję, a umierającego w dawcę organów wbrew własnej wyrażonej wcześniej woli.

Nie rozstrzygając od strony etycznej wartości testamentu życia, odwołajmy się na koniec tych krótkich rozważań do przysięgi Hipokratesa, która stanowi podstawę współczesnych kodeksów etyki lekarskiej. W tekście, którego autorstwo przypisujemy starożytnemu greckiemu myślicielowi i lekarzowi, czytamy: „Nigdy nikomu, ani na żądanie, ani na prośbę niczyje, nie podam trucizny, ani też nigdy takiego sam nie poweźmę zamiaru, jak również nie udzielę żadnej niewieście środka poronnego”¹². Zacytowany fragment zawiera zdecydowany zakaz eutanazji i należy dołożyć wszelkich wysiłków, aby testament życia nie stał się zawoalowaną formą jej legalizacji¹³.

Obowiązujący obecnie w Polsce *Kodeks etyki lekarskiej* w punkcie 2 artykułu 2 stwierdza: „Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*”¹⁴. W artykule 31 tegoż kodeksu czytamy: „Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa”. Niektórzy zauważają, że kodeks nie precyzuje jednak, co rozumie przez pojęcie eutanazji¹⁵. Jak się wydaje, zakaz ten należy rozważać łącznie z pozostałymi przepisami cytowanego rozdziału – artykułami 31 i 32, z których zdaje się wynikać, że ogranicza się on jedynie do zakazu eutanazji czynnej bezpośredniej. W artykule 32 punkcie 2 *Kodeksu etyki lekarskiej* czytamy, że „decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych”. Przepis ten budzi wątpliwości, jeśli zważymy, że ogólna idea zapisów zawartych w kodeksie wymaga, w zasadzie, zgody pacjenta w każdym przypadku. *Kodeks etyki lekarskiej* nakłada na lekarza obowiązek zapewnienia choremu opieki terminalnej oraz stworzenie warunków

¹² Hipokrates, *Wybór pism*, t. 1, przeł. M. Wesoły, Warszawa 2008, s. 55.

¹³ Nie rozstrzygam tutaj kwestii związanych z etycznymi aspektami legalizacji samej eutanazji. Chodzi jedynie o zwrócenie uwagi, że testament życia jako pewien dokument prawny, w intencji jego autorów, ma być czymś od owej legalizacji różnym. Utożsamienie zatem omawianego dokumentu z legalizacją praktyk eutanazyjnych byłoby sprzeczne z podstawowymi ideami przyświecającymi jego twórcom.

¹⁴ *Kodeks etyki lekarskiej*, część ogólna, art. 2.

¹⁵ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 383.

godnego umierania, przez co należy rozumieć łagodzenie cierpień chorych w stanach terminalnych oraz utrzymywanie „w miarę możliwości, jakości kończącego się życia”. Wydaje się, że w świetle przepisów kodeksu tzw. „eutanzja pośrednia”, sprowadzająca się w praktyce do podawania choremu terminalnie środków przeciwbólowych nawet ze świadomością, że mogą one przyspieszyć śmierć pacjenta, nie jest traktowana jako zachowanie eutanatyczne. Oczywiście, przy założeniu, że niezastosowanie wspomnianego środka nie zapobiegłoby śmierci, lecz przyczyniłoby się jedynie do wzrostu cierpienia. Wola pacjenta jest tutaj decydująca: jeśli odmawia on przyjmowania środków łagodzących ból, lekarz nie może mu ich podawać. Kwestią mniej jednoznaczną jest pytanie, czy pacjent może prawnie żądać podania środków łagodzących ból, jeśli lekarz ma wątpliwości co do ich zastosowania. Odpowiedzią może być tutaj artykuł 30 *Kodeksu etyki lekarskiej*, gdzie stwierdza się m.in., iż „lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych”. Musimy jednak pamiętać, że omawiany kodeks nie stanowi przepisów prawa. Jest on zbiorem zasad etycznych kierowanych do sumień lekarzy. To do nich należy podejmowanie decyzji w konkretnych, często nieprzewidywalnych sytuacjach. Nie należy tego faktu traktować jako swoistej niedoskonałości omawianego dokumentu ani zachęty do przekształcenia go w kodeks karny. Etyka bowiem, *ex definitione*, jest nauką ogólną. Jak pisze F. Ricken: „Każde rozważanie praktyczne ma za cel praktyczną wiedzę o tym, co właściwe jest czynić tu i teraz, w danych okolicznościach. Etyka nigdy nie udzieli na to odpowiedzi. Jako wiedza nie wykracza poza obszar ogólności. Może wyznaczać zasady i ukazywać punkty widzenia istotne dla oceny działań. Nie może natomiast stosować uogólnień do poszczególnych przypadków”¹⁶. W świetle zacytowanych słów powinniśmy odczytywać zapisy, które odnajdujemy w *Kodeksie etyki lekarskiej*.

Podsumowując, wydaje się, że główna idea testamentu życia nie budzi poważniejszych etycznych zastrzeżeń, natomiast nie oznacza to, że nie wymagają wysiłku, w tym też refleksji etycznej, różne kwestie szczegółowe zarysowujące się w kontekście omawianego dokumentu. Warto odnieść się pamięcią do Jana Pawła II, który w ostatnich chwilach swojego życia poprosił: „Pozwólcie mi odejść do domu Ojca”. Kwestie, które testament życia ma regulować, są ze swej natury, podobnie jak większość zagadnień etycznych, nierozstrzygalne w sposób jednoznaczny. Nie oznacza to oczywiście, iż zwalnia to nas od obowiązku ich podejmowania. Co

¹⁶ F. Ricken, *Etyka ogólna*, przeł. P. Domański, Kęty 2001, s. 13.

więcej, możemy wyrazić przekonanie, graniczące z pewnością, że problematyka w nim zawarta zawsze będzie wyzwałać w nas różne opinie nie-rzadko podbudowane skrajnymi emocjami. Fakt ten nie zwalnia etyków od obowiązku rzetelnej, obiektywnej refleksji nad zawartymi w wyżej wymienionym dokumencie treściami.

Bibliografia

- Encyklopedia „Gazety Wyborczej”*, t. 18, Kraków 2005.
- Filozofia starożytna Grecji i Rzymu*, teksty wybrał i wstępem poprzedził Jan Legowicz, Warszawa 1970.
- Hipokrates, *Wybór pism*, t. 1, przeł. M. Wesoły, Warszawa 2008.
- Life choices: a Hastings Center introduction to bioethics*, red. J.H. Howell, W.E. Sale, Washington 2000.
- Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, red. T. Styczeń, J. Nagórny, Lublin 1997.
- „Prawo i Medycyna” 1999, nr 3, t. 1.
- Ricken F., *Etyka ogólna*, przeł. P. Romański, Kęty 2001.
- Singer P., *Przewodnik po etyce*, red. nauk. wyd. polskiego J. Górnicka, Warszawa 2002.
- Szeroczyńska M., *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie. Studium prawnoporównawcze*, Kraków 2004.
- Święta Kongregacja Nauki i Wiary, *Deklaracja o eutanazji, Iura et bona*, Rzym 1980.
- Zielińska E., *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001.

Joanna Harzowska

Ból i cierpienie w oczach matki chorego dziecka

Miłość, szacunek, zaufanie, szczęśliwe małżeństwo i czas oczekiwania na pierwsze, ukochane dziecko. Matka już czuje pierwsze kopnięcia maluszka. Razem z tatusiem wymyślają dziecku imię i snują plany na przyszłość. Czy to będzie chłopiec, czy dziewczynka? Kim będzie w przyszłości? Jakie będzie miało talenty?

Nadchodzi czas porodu. Tata niecierpliwie czeka za drzwiami. Pierwszy stłumiony krzyk maluszka i zaniepokojone twarze lekarzy, którzy szybko wybiegają z dzieckiem na inną salę. Na świat przychodzi chore, niepełnosprawne maleństwo z wodogłowiem, przepukliną mózgowo-rdzeniową, z dziecięcym porażeniem mózgowym, z zespołem Downa lub z innym balastem utrudniającym mu życiowy start. Sama choroba dziecka nie jest tak trudna do zniesienia jak atmosfera panująca wokół niej.

Oto wypowiedź jednej z matek, która urodziła dziecko z wadą genetyczną:

Leżałam w szpitalu wyczerpana, lecz szczęśliwa, wraz z innymi matkami, niecierpliwie czekając na pierwsze karmienie. Nie przyniesiono mi jednak córeczki. Nieoczekiwanie zostałam przeniesiona do pustej sali na oddziale septycznym. Mimo lat, jakie upłynęły od tamtego czerwca, czuję nadal lęk, ból i niechęć do opisywania tamtych przeżyć. Do mojej sali weszła pani ordyna-

tor w asyście lekarzy, by mnie poinformować, że Cecylka ma prawdopodobnie zespół Downa. Pani ordynator rzuciła pytanie: „Dlaczego pani nie zrobiła badań?”

Jednej z matek lekarz po półtorarocznej diagnostyce prostymi słowami powiedział:

Pani dziecko ma dziecięce porażenie mózgowie czterokończynne spastyczne, będzie najprawdopodobniej leżące, ma znikome szanse na to, żeby samo chodziło, siedziało, jadło i żeby kiedykolwiek powiedziało „mama”. Na tę chorobę nie ma lekarstwa, może pomóc tylko długotrwała i wyczerpująca rehabilitacja.

Historia każdej z tych diagnoz jest różna, każda rodzina jest inna i radzi sobie z problemem choroby i cierpienia w różnorodny sposób. Każda z tych osób po usłyszeniu diagnozy odczuła ogromną, bolesną, nieodwracalną stratę. Czuła się w impasie, w którym pojawiły się takie emocje, jak: smutek, rozpacz, litość, żal, złość, wściekłość, poczucie winy. Ciężka choroba czy też niepełnosprawność jest czynnikiem wywołującym w rodzinie poważny kryzys. Zmianie ulega dotychczasowy system wartości, rytm życia, wykonywane zadania i pełnione role, zachodzi konieczność przeorganizowania wielu spraw. Najważniejsze jest to, aby rodzina poradziła sobie z lękiem, żalem, bezsilnością, niepewnością, fizycznym i emocjonalnym przeciążeniem. *Dystress* będący wynikiem rozpoznania choroby i ustalenia diagnozy może być wyraźnie łagodzony przez wsparcie społeczne otrzymane od bliskich osób i profesjonalistów.

Warto więc zastanowić się, w jaki sposób przekazać rodzinie diagnozę. Czynnikiemami mogącymi ułatwić to zadanie są:

- rozmowa umożliwiająca rodzicom uzewnętrznienie emocji, lęków i obaw;
- akceptacja tego, co się dzieje w sercach i umyśle rodziców, ich ambiwalencji wobec dziecka, personelu medycznego i przyszłości;
- wyjaśnienie możliwych przyczyn choroby i dziecka, pozwalające uchronić dziecko, a czasami nawet i rodziców przed nieuzasadnionym poczuciem winy;
- informacje dotyczące możliwego leczenia czy opieki, wskazanie adresów osób i instytucji, które mogą być w tej sytuacji pomocne.

Często pojawia się problem dawania nadziei w sytuacji, gdy przewidujemy, że stan dziecka rokuje nikłe szanse na poprawę. Przeprowadzając wywiad z matką mającą niepełnosprawną córkę z dziecięcym porażeniem mózgowym, zapytałam ją o tę kwestię. Po zastanowieniu powiedziała, że

lekarze nie dali jej nadziei, ale dali jej wiarę w to, że ciężką pracą, samozaparciami i miłością do dziecka jest w stanie wypracować pewną poprawę u niego. Zgadzam się – pozwólmy matkom uwierzyć we własne siły i w to, że ich dzieci są wyjątkowe i tak naprawdę mogą jeszcze – dzięki wsparciu ze strony rodziny – wiele rzeczy osiągnąć.

W jednej z książek matka tak opisuje swoje spotkanie z lekarzem:

Byłam w sali razem z innymi, moje dziecko też. Pierwsza noc. Wszyscy spali, a ja płakałam. Czułam się gorsza. Rano pani doktor złożyła wizytę. Przytuliła moje dziecko na oczach innych matek i powiedziała: „Jaka ona śliczna”. Powiedziała też, że „wczorajsze podejrzenia potwierdzają się, ale z tym da się żyć. Będzie pani z niej dumna”. Starałam się być opanowana, wesoła i pełna życia. Taką byłam potrzebna mojej córeczce. Na sali nikt się nawet nie domyślał, że moje dziecko jest upośledzone.

Stan psychiczny matki jest w pewnym stopniu zależny od umiejętności podejścia lekarza do niej. Matka dla dziecka jest całym światem i dlatego to ona ma wpływ na dalszy przebieg choroby.

Obszerne badania przeprowadzone przez R.J. Thompson w latach dziewięćdziesiątych nad procesem adaptacji matek do tego, że ich dzieci cierpią na przewlekłe choroby, wskazały, że 50–65% kobiet dobrze przystosowało się do sytuacji choroby swojego dziecka, natomiast 35–40% wykazało złą adaptację. Przystosowanie to zależy w dużej mierze od otrzymanego wsparcia społecznego, harmonii w życiu małżeńskim, otwartej komunikacji w rodzinie, zasobów finansowych, strategii zaradczych, dysfunkcji rozwojowych dziecka, wieku rodziców oraz skuteczności leczenia.

W przypadku niezaakceptowania stanu chorobowego dziecka możemy dostrzec np. następujące sytuacje życiowe:

Matka unika kontaktów z matkami innych niemowląt, stara się nie chodzić do parku, gdzie może je spotkać, przeżywając w samotności swój ból – sromotę i upokorzenie. Życie stało się kłęską: nie stać mnie było na urodzenie normalnego dziecka i z tego powodu macierzyństwo jest czymś podejrzanym. Nie wypada mi się śmiać, nie uchodzi, abym mogła kolorowo się ubierać i w ogóle zwracać na siebie uwagę, moje zachowanie nosi znamiona żałoby po utraczonej bezpowrotnie dumie.

Bardzo często matki muszą zmagać się z pogardą teściowej, ucieczką męża, zaproszeniami przyjaciółek typu „przyjdź koniecznie, ale bez dziecka”. W wielu miejscach osoby niepełnosprawne przeszkadzają.

Ważne jest, aby matka odnalazła w sobie tę wewnętrzną siłę i nie dystansowała się od tej ogromnej miłości będącej pomiędzy nią a jej dzieckiem.

W takich miejscach jak ta kawiarnia ludzie zwykle odwracają od nas wzrok, starają się nie patrzeć. Kiedyś jakaś pani pogratulowała mi odwagi. A dla mnie to nie była żadna odwaga. Maciek jest moją miłością i dumą, nie wiem czemu miałabym to ukrywać.

Warto rozważyć, czy współczucie w takich sytuacjach jest potrzebne i w jaki sposób może być odebrane. Rodzice dzieci niepełnosprawnych czasami bywają spragnieni współczucia i uznania, ale nie są w stanie zaakceptować troski połączonej z negacją wartości życia ich dziecka. Miłość macierzyńska jest siłą napędową, sprawiającą, że matka odkrywa w sobie ogromne pokłady energii.

Często rehabilitacja dziecka wymaga dużej i intensywnej pracy fizycznej, np. wsadzania na konia do hipoterapii, wykonywania ćwiczeń. Matki nadwerężają kręgosłup, przeciążają stawy, a mimo to nie czują w tym momencie bólu, bo najważniejsze dla nich jest dziecko.

Badania ukazują, że u 20% opiekunów rozwija się poważna choroba somatyczna. A co się stanie, gdy matka przez swoją chorobę nie będzie w stanie opiekować się swoim dzieckiem? Tego właśnie boją się one najbardziej.

Rodzice wraz z dzieckiem są w stanie wypracować pewne optimum stanu zdrowia. Pomimo że córka/syn osiągną pełnoletność, często wymagają opieki osoby drugiej.

Problemem, który dość często pojawia się, gdy te dzieci dorosną, jest poczucie winy i wstydu. Bierze się ono z tego, że dziecko jest przekonane, że jego choroba to przyczyna wszelkich problemów w życiu rodzinnym oraz przeszkoda w realizacji wielu wartości, celów i zadań. Dzieje się tak wtedy, gdy choroba jest rozumiana przez rodziców jako nieszczęście, ciężar i ich osobista klęska życiowa, same zaś dzieci są przepełnione żalem, bezradnością i przygnębieniem. Badania komparatystyczne, które dotyczyły zdrowia psychicznego rodziców dotkniętych mukowiscydozą, przepukliną oponowo-rdzeniową, mózgowym porażeniem dziecięcym oraz chorobami nowotworowymi, ukazały, że najczęściej cierpią oni na zaburzenia depresyjne i lękowe. Stany depresyjne częściej pojawiały się u matek niepracujących, poświęcających wiele czasu choremu dziecku niż pracujących. Często też rodzice borykają się z pytaniem: „Co będzie, gdy nas już zabraknie lub, gdy zabraknie nam sił. Kto nam wtedy pomoże? Czy aby na pewno tak ma

wyglądać szczęśliwa rodzina? Jeśli nie, to zastanówmy się, co można zmienić w takiej sytuacji?”

Matka i dziecko oraz reszta rodziny zmagają się z sytuacją trudną, z sytuacją choroby, cierpieniem, bólem. Mama wykonuje czynności rehabilitacyjne, stosując np. metodę Volty, poprzez którą zadaje swojemu dziecku ból. Małe dziecko nie rozumie, dlaczego ona to robi. Pamiętajmy, że dziecko przewlekle chore to normalne dziecko będące w sytuacji anormalnej. Potrzebuje takiej samej rodziny jak dziecko zdrowe, dlatego tak ważne jest jej sprawne funkcjonowanie.

Pojawia się więc pytanie: co zrobić, aby umocnić więzi rodzinne, zmniejszyć albo nie dopuścić do cierpienia i zapewnić zarówno matce, jak i dziecku odpowiednią atmosferę uczuciową?

Cele działań personelu medycznego, terapeuty i członka społeczeństwa to:

- udzielenie stosownych informacji;
- rozładowanie niepożądanych napięć;
- wzmocnienie wiary pacjenta (drugiej osoby) we własne siły i możliwości.

Aby móc te cele osiągnąć, należy:

- skupić uwagę na osobie, której się pomaga;
- stworzyć klimat zaufania;
- wzajemnie się akceptować;
- okazywać ciepło emocjonalne i wykazywać zdolność do empatii.

Matka chorego, niepełnosprawnego dziecka ujęłaby to tymi słowami:

- pamiętaj, że dziecko jest częścią mnie i mimo kryzysów kocham je ponad wszystko;
- nie użalaj się nad moim losem, nie oplakuj go i tak jest mi wystarczająco trudno, twoja litość nie jest do niczego potrzebna;
- uśmiech sprawia, że dzień staje się bardziej przyjazny;
- pomóż mi zrozumieć to, czego jeszcze nie jestem w stanie pojąć, nie krytykuj, tylko naucz mnie, jak radzić sobie z nowymi trudnościami;
- bądź ze mną szczery, nie unikaj rozmów, bądź prawdziwy, nie udawaj, nie wkładaj maski;
- pomóż mi odkryć najlepszą drogę dla rozwoju mojego dziecka;
- bądź, proszę człowiekiem, przecież wiem, że nie jesteś Bogiem i cudu nie sprawisz, ale sama obecność i sama chęć jest dla mnie czymś wspierającym.

Spójrzmy teraz na chore niepełnosprawne dziecko, które oprócz zdrowia ma jedno wielkie marzenie:

Jestem chora, wiem. Czasami widzę, jak mama się martwi, smuci i cierpi, gdy ćwiczeniami zadaje mi ból. Najbardziej lubię ją wtedy, gdy jest uśmiechnięta. Wtedy i dla mnie świeci słońce. Proszę spraw, aby i dla niej słońce świeciło dość często...

Tak, ten uśmiech zależy od Ciebie i Twojej postawy. Proponuję zastanowić się nad tym, jak sprawić, aby na twarzach mam pojawiał się on częściej.

Marta Marzec

Postawy studentów pedagogiki Małopolskiej Szkoły Wyższej w Brzesku wobec opieki paliatywnej

Motywy przygotowania pracy

W przeciągu ostatnich lat następuje zmiana systemu opieki nad chorymi przewlekle. Wzrasta potrzeba włączania pedagogów w skład zespołów wielodyscyplinarnych w opiece długoterminowej.

Motywy napisania pracy było poznanie postaw i zainteresowań studentów pedagogiki, które są warunkiem przygotowania kursów czy studiów przygotowujących ich do pracy z chorymi przewlekle.

Wzrasta potrzeba tworzenia zespołów wielodyscyplinarnych w opiece paliatywnej sprawujących holistyczną opiekę nad pacjentami. Nadmierne „somatyzacja” opieki paliatywnej jest niekorzystna, ponieważ opieka ta stała się zbyt „medyczna” i wymaga uzupełnienia elementami opieki psychologicznej, duchowej i społecznej. Holistyczny charakter opieki oznacza nie tylko nastawienie na zaspokojenie wszystkich ważnych dla chorego potrzeb, lecz również troskę o jego rodzinę.

Cele pracy

Celami poznawczymi było: opisanie postaw studentów pedagogiki wobec opieki nad chorymi przewlekle oraz oczekiwań studentów pedagogiki związanych z ich ewentualną pracą w opiece nad chorymi przewlekle.

Celami utylitarnymi było: opracowanie wskazówek dla studentów pedagogiki zainteresowanych pracą w opiece nad chorymi przewlekle oraz wytycznych do organizowania im szkoleń w tym zakresie.

Problemy badawcze

Na podstawie analizy literatury oraz sugestii studentów i pracowników ZOL sformułowałam następujące problemy badawcze:

1. Jakie są postawy studentów pedagogiki wobec chorych przewlekle?
2. Jaka jest wiedza studentów na temat opieki paliatywnej?
3. Jak studenci widzą rolę pedagoga w opiece nad chorymi przewlekle?
4. Jaka grupa studentów pedagogiki jest zainteresowana pracą w opiece nad chorymi przewlekle?

Opracowując tok postępowania badawczego, przyjąłam następujące kryteria doboru terenu badań:

- liczebność – populacja powinna liczyć ponad 31 osób,
- dostępność – zgoda na prowadzenie badań,
- standard (postawa życiowa, sytuacja życiowa) – jednolity kierunek i rok studiów przygotowujący do pedagogicznej pracy w środowisku.

Powyższe kryteria spełniali studenci I i II roku pedagogiki o specjalnościach praca socjalna i artoterapia Małopolskiej Szkoły Wyższej w Brzesku.

Metody, techniki, narzędzia badawcze

W badaniach wykorzystałam metodę sondażu diagnostycznego¹. Jako techniki badawcze wybrałam: ankietę, rozmowę ze studentami podczas zajęć z pedagogiki społecznej oraz indywidualne rozmowy ze studentami zainteresowanymi tematem po zajęciach. Jako narzędzie badawcze zastosowałam samodzielnie opracowany dla potrzeb niniejszej pracy kwestionariusz ankiety oraz wytyczne do rozmów indywidualnych.

Przebieg i organizacja badań oraz ich struktura

Badania zostały przeprowadzone dwuetapowo. Badania pilotażowe przeprowadziłam w roku akademickim 2006/2007 wśród studentów II roku pedagogiki Małopolskiej Szkoły Wyższej w Brzesku, ich celem było dopracowanie narzędzi badawczych. Badania zasadnicze odbyły się w 2008 r. wśród studentów I roku pedagogiki tej samej uczelni. Podczas zajęć z pedagogiki społecznej przeprowadzono rozmowę na temat pracy z chorymi przewlekle, po czym studenci wypełnili kwestionariusz ankiety. Po zajęciach przeprowadzono rozmowy indywidualne ze studentami zainteresowanymi tematyką pracy z chorymi przewlekle.

Wiedza i postawy studentów II roku pedagogiki MSW w Brzesku wobec opieki nad chorymi przewlekle

- Ogólna charakterystyka terenu badań

Badania zostały przeprowadzone na terenie Małopolskiej Szkoły Wyższej w Brzesku wśród studentów zaocznych I i II roku pedagogiki. Badaniem objęto 89 osób, w tym 82 kobiety i 7 mężczyzn. Badani znajdują się w przedziale wiekowym: od 19 do 46 lat. Większość badanych nie ukończyła 25 roku życia (66%). Średnia wieku wynosi 24,5 lat.

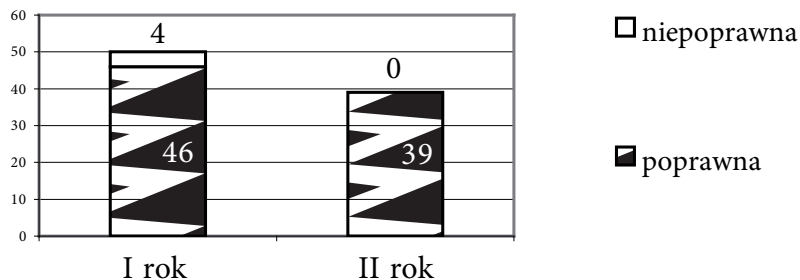
¹ Pod tym terminem za T. Pilchem rozumiem sposób gromadzenia wiedzy o atrybutach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, opiniach i poglądach wybranych zbiorowości, nasilaniu się i kierunkach rozwoju określonych zjawisk i wszelkich innych zjawisk instytucjonalnie niezlokalizowanych – posiadających znaczenie wychowawcze – w oparciu o specjalnie dobraną grupę reprezentującą generalną, w której badane zjawisko występuje.

Z chorymi przewlekle kontakt miały 42 osoby (84%), 13 z nich mieszkało wraz z chorym przewlekle (26%), a 22 osoby (44%) miały kontakt z pacjentami przewlekle w hospicjum lub ZOL-u. Spośród badanej grupy 31 osób (62%) jest zainteresowanych poszerzaniem wiedzy z zakresu opieki paliatywnej, a ponadto 64% badanych ma zamiar nadal kontynuować swoją edukację związaną z pracą opiekuńczą.

Znajomość definicji terminu „opieka paliatywna”

Znajomość definicji terminu „opieka paliatywna” przedstawiała się następująco:

Wykres 1. Znajomość definicji opieka paliatywna

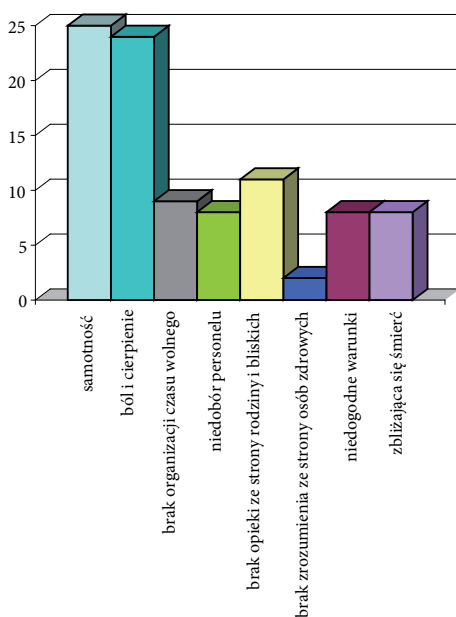


Poprawną definicję terminu „opieka paliatywna” spośród studentów I roku wskazało 46 osób (90%), a 4 osoby (8%) podały nieprawidłową definicję. Spośród studentów II roku prawidłową definicję wskazało 39 badanych (100%).

Wiedza badanych na temat problemów chorych przebywających w hospicjum

Wiedza studentów II roku o problemach i trudnościach osób przewlekle chorych przedstawiała się następująco:

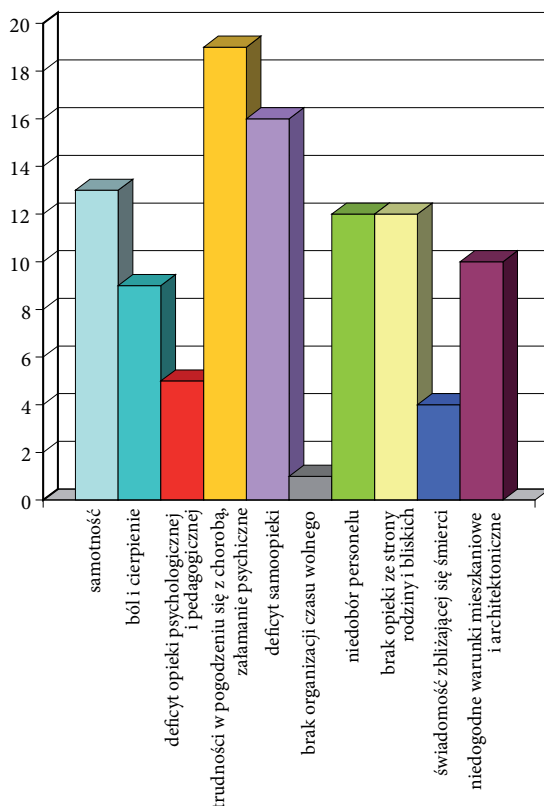
Wykres 2. Znajomość problemów pacjentów w hospicjum u studentów II roku



Spośród problemów pacjentów w hospicjum problem samotności wskazało 25 osób (64%), problem bólu i cierpienia 24 osoby (62%), problem braku organizacji czasu wolnego 9 osób (23%), problem niedoboru personelu 8 osób (20%), problem braku opieki ze strony rodziny i bliskich 11 osób (28%), problem braku zrozumienia ze strony osób zdrowych 2 osoby (5%), problem niedogodnych warunków 8 osób (20%), problem zbliżającej się śmierci wskazało 8 osób (20%). Odpowiedzi nie udzieliło 2 badanych (5%).

Wiedza studentów I roku o problemach i trudnościach osób przewlekle chorych przedstawiała się następująco:

Wykres 3. Znajomość problemów pacjentów w hospicjum u studentów I roku

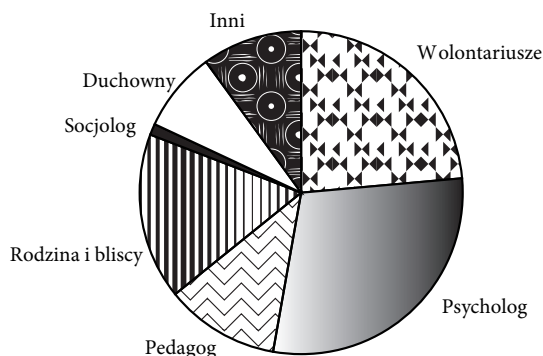


Studenci I roku spośród problemów pacjentów w hospicjum wyróżnili: problem samotności – 13 osób (26%), problem bólu i cierpienia – 9 osób (18%), deficyt opieki psychologicznej i pedagogicznej – 5 osób (10%), trudności w pogodzeniu się z chorobą oraz załamanie psychiczne – 19 osób (38%), deficyt samoopieki – 16 osób (32%), niedobór personelu – 12 osób (24%), brak opieki ze strony rodziny i bliskich 12 osób (24%), świadomość zbliżającej się śmierci – 4 osoby (8%), niedogodne warunki mieszkaniowe i architektoniczne – 10 osób (20%), problem braku organizacji czasu wolnego wskazała 1 osoba (2%). Odpowiedzi nie udzieliło 4 badanych (8%).

Wiedza o składzie zespołu wielodyscyplinarnego sprawującego opiekę nad chorymi przewlekle

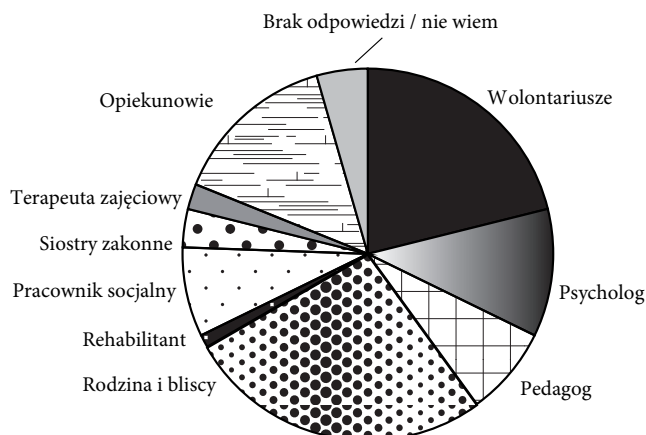
Wiedza o składzie zespołu wielodyscyplinarnego sprawującego opiekę nad chorymi przewlekle wśród studentów II roku przedstawiała się następująco:

Wykres 4. Znajomość składu zespołu wielodyscyplinarnego wśród studentów II roku



Badani w składzie zespołu wielodyscyplinarnego wyróżnili: wolontariuszy – 21 osób (54%), psychologa – 26 osób (66%), pedagoga – 10 osób (26%), rodzinę i bliskich – 15 osób (38%), socjologa – 1 osoba (2,5%), duchownego – 7 osób (18%).

Wykres 5. Znajomość składu zespołu wielodyscyplinarnego przez studentów I roku

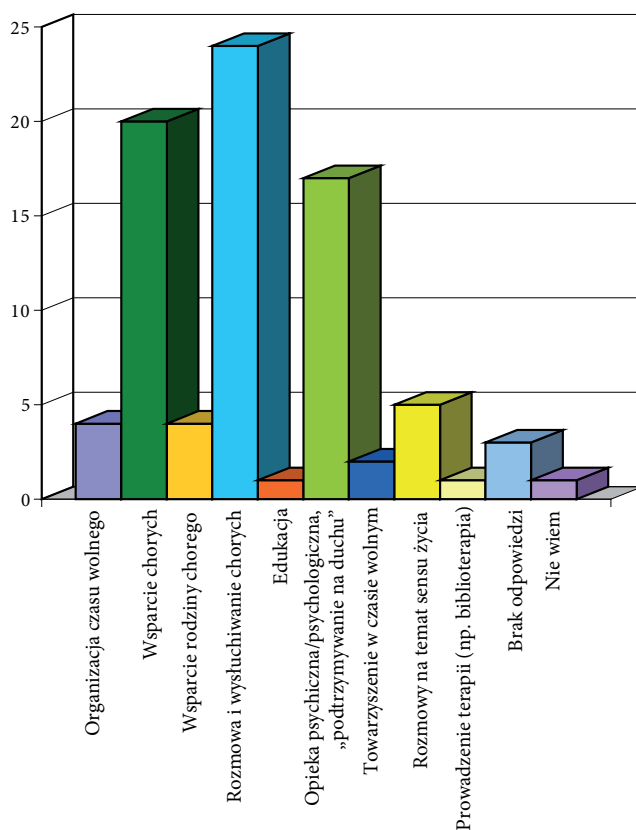


Badani w składzie zespołu wielodyscyplinarnego wyróżnili: wolontariuszy – 19 osób (54%), psychologa – 10 osób (66%), pedagoga – 7 osób (26%), rodzinę i bliskich – 24 osoby (38%), rehabilitanta – 1 osoba (2%), pracownika socjalnego – 7 osób (14%), siostry zakonne – 3 osoby (6%), terapeutę zajęciowego – 2 osoby (4%), opiekuna – 13 osób (26%). Odpowiedzi nie udzieliły 3 osoby (6%), 1 osoba (2%) odpowiedziała – nie wiem.

Zadania pedagoga i pracownika socjalnego w opiece nad chorymi przewlekle w opiniach studentów

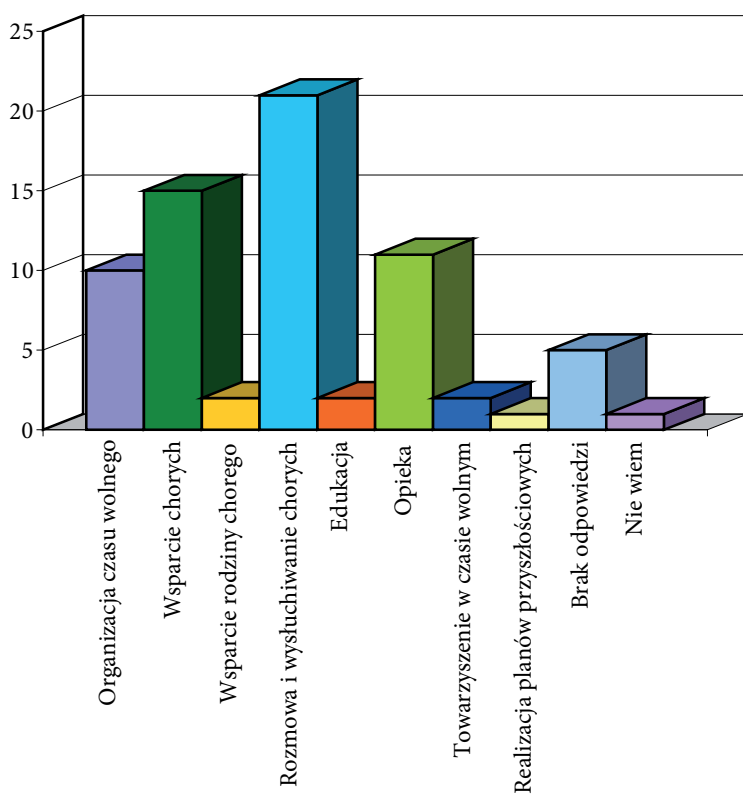
Zadania pedagoga w opiece nad chorymi przewlekle w opiniach studentów przedstawiały się następująco:

Wykres 6. Rola pedagoga w hospicjum w opinii studentów I roku



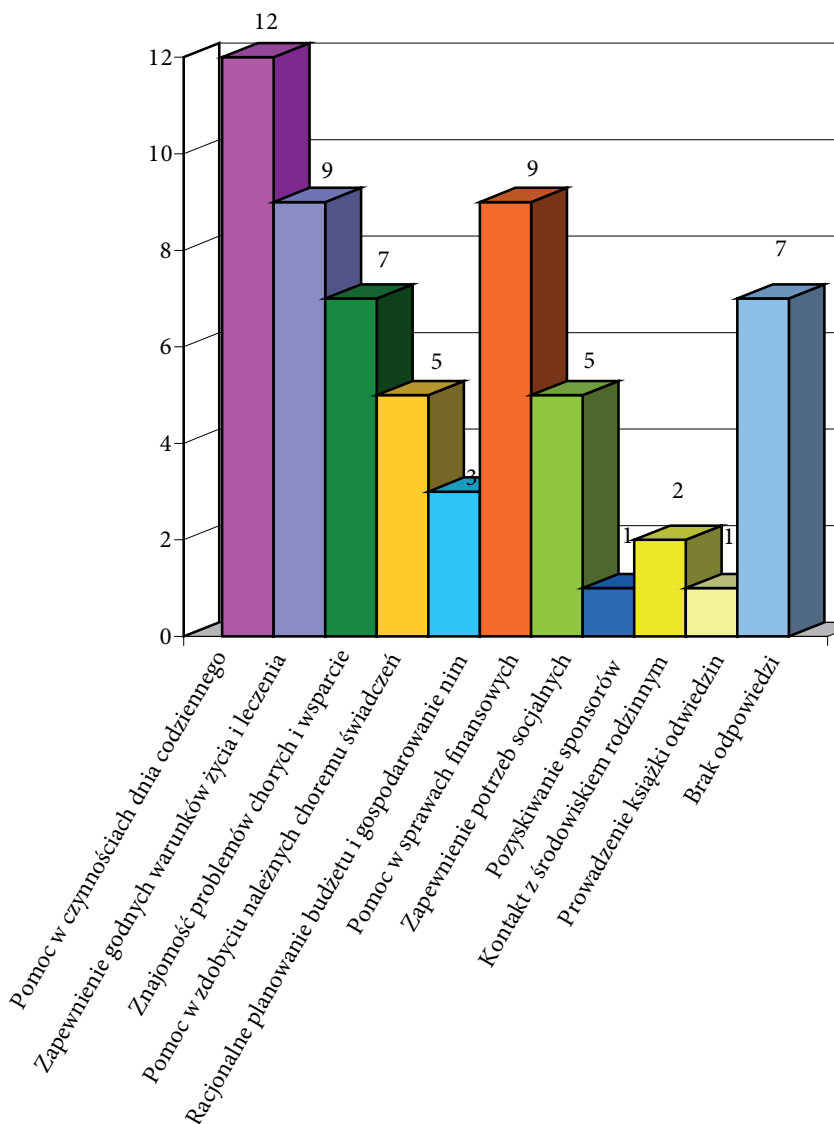
W opinii badanych rola pedagoga w hospicjum polega na: organizacji czasu wolnego (8%), wsparciu chorych (40%), wsparciu rodziny chorego (8%), rozmowie i wysłuchiwanie chorych (48%), edukacji (2%), opiece psychicznej/psychologicznej i podtrzymywaniu na duchu (32%), towarzyszeniu w czasie wolnym (4%), przywróceniu sensu życia (10%), prowadzeniu terapii (2%). Na pytanie 1 osoba (2%) odpowiedziała, że nie wie, jaka jest rola pedagoga, a 3 badanych nie udzieliło żadnej odpowiedzi (6%).

Wykres 7. Rola pedagoga w hospicjum w opinii studentów II roku



W opinii badanych rola pedagoga w hospicjum polega na: organizacji czasu wolnego (27%), opiece (30%), rozmowie i wysłuchiowaniu chorych (54%), wsparciu chorych (38%), wsparciu rodziny chorego (5%), edukacji (5%), towarzyszeniu w czasie wolnym (5%), realizacji planów przyszłościowych (2,5%). 1 osoba (2,5%) odpowiedziała, że nie wie, jaka jest rola pedagoga, 5 badanych nie udzieliło żadnej odpowiedzi (13%).

Wykres 8. Rola pracownika socjalnego w hospicjum w opinii studentów I roku



W opinii badanych rola pedagoga w hospicjum polega na: pomocy w czynnościach dnia codziennego (24%), zapewnieniu godnych warunków życia i leczenia (18%), pomocy w zdobyciu należnych choremu świadczeń (10%), racjonalnym planowaniu budżetu i gospodarowaniu nim (6%), pomocy w sprawach finansowych (18%), zapewnieniu potrzeb socjalnych (10%), pozyskiwaniu sponsorów (2%), kontakcie z środowiskiem rodzinnym (4%), prowadzeniu książki odwiedzin (2%). Na pytanie 7 osób (14%) nie udzieliło żadnej odpowiedzi.

Podsumowanie

Studenci pedagogiki mają częsty kontakt z chorymi przewlekle i są zainteresowani pracą z opisywaną grupą, jednak zauważają brak swego przygotowania, 30% studentów I roku deklaruje chęć podjęcia pracy z chorymi przewlekle.

Studenci pedagogiki widzą swoją rolę w opiece nad chorymi przewlekle jako osób towarzyszących chorym w czasie wolnym, rozmawiających i wysłuchujących chorych, wspomagających chorych i opiekujących się nimi (w pedagogicznym rozumieniu tego słowa).

Liczna grupa studentów pedagogiki – 62% studentów I roku i 74% studentów II roku, jest zainteresowana przygotowaniem się do pracy z chorymi i wskazuje na potrzebę utworzenia specjalizacji z tego zakresu, studiów podyplomowych lub innych form kształcenia umożliwiających podjęcie pracy w opiece nad chorymi przewlekle. Studenci deklarowali też chęć uczestnictwa w takich zajęciach.

Rozmowy wskazywały, że studenci mają wiedzę z zakresu artoterapii, pedagogiki specjalnej i społecznej, psychologii (również klinicznej), co stanowi podstawy do wprowadzenia w tok studiów treści bezpośrednio związanych z opieką nad chorymi przewlekle. Wskazane byłoby wprowadzenie nieobowiązkowych treści z zakresu: opieki pielęgniarstwa i paliatywnej, etyki.

Fakty te świadczą o potrzebie uruchomienia na terenie powiatu nowych kierunków studiów czy kursów umożliwiających pedagogom podjęcie pracy w opiece nad chorymi przewlekle.

Sytuacja społeczna w powiecie brzeskim i ościennych powiatach wskazuje na pilną potrzebę tworzenia hospicjów i zakładów opiekuńczo-leczniczych o różnym charakterze. Możliwości kadrowe Małopolskiej Szkoły Wyższej umożliwiają przygotowanie pedagogów do pracy we wspomnianym

nych placówkach. Sądzę, że należy podjąć starania, aby młodzi pedagodzy mogli uzyskać przydatne w pracy hospicyjnej kwalifikacje.

Bibliografia

Gałuszka A. (2005), *Człowiek przewlekle chory. Aspekty psychoegzystencjalne*, Katowice.

Koźczkowska A. (2003), *Fenomen spotkania z człowiekiem niepełnosprawnym w relacji studentów pedagogiki*, [w:] *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny*, red. K.D. Rzedzicka, A. Kobyłańska, Kraków.

Marzec M. (2008), *Wiedza i postawy studentów pedagogiki wobec opieki nad chorymi przewlekle*, [w:] *Ból i cierpienie*, red. G. Makiełło-Jarża, Z. Gajda, Kraków.

Pilch T. (1998), *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa.

Małgorzata Szerła, Michał Kosztołowicz

Aplikacja wspólnego sensu w wykrywaniu osobowościowego aspektu bólu u dzieci

Wprowadzenie

Ścisły podział na nauki eksperymentalne, które zajmują się zjawiskami stale i niezmiennie powtarzalnymi oraz nauki punktowe, w których dominuje badanie zjawisk unikalnych, czy też na nauki idiograficzne i nomotetyczne wydaje się dziś nieaktualny. Amerykański badacz, twórca pojęcia paradygmatu naukowego Thomas Samuel Kuhn (1922–1996), wskazywał na szczególną wartość rzetelnej metody naukowej w prowadzeniu prac badawczych.

Lekarz praktyk, chcąc zgłębić naukowo swoje kliniczne obserwacje, często napotyka trudności w doborze odpowiedniej metodologii, zwłaszcza jeśli bada problem tak indywidualnego doznania jak ból. Szczególnie dotyczy to bólu u dzieci. Weryfikowanie i interpretację wyników tego rodzaju badań umożliwia niezwykle użyteczna i pełniąca w tym względzie służebną rolę matematyka.

Badanie naukowe polega na poszukiwaniu sensu wiedzy. Przez sens rozumiemy wartościowanie relacji, wyznaczonej przez aplikację (nałożenie) struktury osobowościowej na strukturę sytuacji. Strukturę osobowościową pojmujemy jako zbiór czynników osobowościowych spełniających relację „blisko siebie” (Szerła, Kosztołowicz 2004).

W niniejszej pracy, za pomocą metody (matematycznego narzędzia) poszukujemy „wspólnego sensu”, tj. wspólnego pojęcia dla dwóch różnych pojęć, prowadzącego do uzasadnienia innej jakości (Kosztołowicz 2001). Ból pooperacyjny i wybrane czynniki osobowościowe stanowią tu dwa odrębne pojęcia, dla których poszukujemy wspólnego sensu.

W pracy zastosowano metodę wskaźnika relacyjnego W_r , który określamy przez wskaźnik W_r wyrażony wzorem:

$$W_r = y_{i,m_1} / y_{i,m_2} \quad (1)$$

gdzie:

y_{i,m_1} – indywidualny wynik w skali T_1 czynnika m_1 i – tego pacjenta

y_{i,m_2} – indywidualny wynik w skali T_1 czynnika m_2 i – tego pacjenta

Wyniki w skali T_1 odpowiednich czynników (m_1 i m_2) pochodzą od tej samej osoby.

Do porównywania wyników na tle badanej populacji zastosowano skalę T_1 , gdzie jednostkę stanowi odchylenie standardowe. Skala T_1 oparta na wyniku standaryzowanym gwarantuje wyniki dodatnie, które można przejrzyście interpretować. Wyniki w skali T_1 zachowują wszystkie właściwości wyników empirycznych (surowych), ponieważ współczynnik korelacji pomiędzy wynikami, np. w skali VAS a wynikami w skali T_1 , obliczony metodą Pearsona, wynosi 1 (jest to bardzo silna zależność) (Szerła, Kosztołowicz 2004; Szerła 2006).

Skala T_1 w zapisie analitycznym ma postać:

$$y = 10z + 50 \quad (2)$$

gdzie:

y – wynik w skali T_1

z – wynik standaryzowany

10 – odchylenie standardowe w skali T_1

50 – średnia arytmetyczna skali T_1

Wskaźnik relacyjny W_r wyodrębnia relację „blisko siebie”, przez którą rozumiemy wartość wskaźnika relacyjnego z przedziału $[0,9;1,1]$ badanych zmiennych należącymi do każdego indywidualnego pacjenta.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest aplikacja (zastosowanie) wspólnego sensu w wykrywaniu osobowościowego aspektu bólu u dzieci.

W badaniu u dzieci korelacji bólu pooperacyjnego z emocjonalnymi czynnikami osobowościowymi, staramy się uzasadnić zastosowanie wskaźnika relacyjnego Wr jako wspólnego sensu.

Materiał

Badanie przeprowadzono w grupie 66 dzieci w wieku szkolnym (od 9 do 14 lat), które zakwalifikowano do planowych zabiegów operacyjnych na Oddziale Chirurgii Urologii i Traumatologii Dziecięcej oraz na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Kielcach.

Narzędzia i metoda

- Pomiar bólu i wybranych cech osobowościowych

Pomiar bólu pooperacyjnego u operowanych dzieci przeprowadzono za pomocą wizualno-analogowej skali VAS (*Visual Analogue Scale*). Dzieci same określały wielkość odczuwanego bólu przez trzy dni, tj. w dobie zabiegu oraz dwu kolejnych dobach.

Pomiaru wybranych emocjonalnych cech osobowościowych dokonano za pomocą psychologicznych kwestionariuszy. Do badania lęku użyto „Inwentarza Stanu i Cechy Lęku dla Dzieci” (ISCLD) – „Jak się czujesz” (State – Trait Inventory for Children (STAIC) wg Spielberga i wsp., w polskiej adaptacji K. Wrześniewskiego i T. Sosnowskiego 1987 r.). Na pytania zawarte w tym kwestionariuszu odpowiadały badane dzieci. Wyodrębnia on dwa różne czynniki: lęk – stan emocjonalny i lęk – cecha indywidualna. Do oceny cech osobowościowych temperamentu użyto Kwestionariusza Temperamentu EAS – C (wg A.H. Buss i R. Plomin w polskiej adaptacji W. Oniszczenko) z 1997 r. Kwestionariusz ten zawiera stwierdzenia odnoszące się do następujących cech temperamentu: E – emocjonalności, T – towarzyskości, A – aktywności oraz N – nieśmiałości. Kwestionariusz EAS-C przeznaczony jest do badania temperamentalnych cech u dzieci, na podstawie oceny rodziców (lub opiekunów) (Szerła 2006).

- Wskaźnik relacyjny jako wspólny sens w wykrywaniu osobowościowego aspektu bólu pooperacyjnego u dzieci

Dobór metod weryfikacji wyników przeprowadzonego badania podyktowany był indywidualnym charakterem mierzonych zmiennych – bólu pooperacyjnego i emocjonalnych cech osobowościowych (E – emocjonalności, T – towarzyskości, A – aktywności, N – nieśmiałości oraz cechy lęku).

Metoda korelacji Pearsona opiera się na współczynniku korelacji, w postaci:

$$r = \frac{\sum_i x_i \times y_i}{\sqrt{\sum_i x_i^2 \times \sum_i y_i^2}} \quad (3)$$

Gdzie:

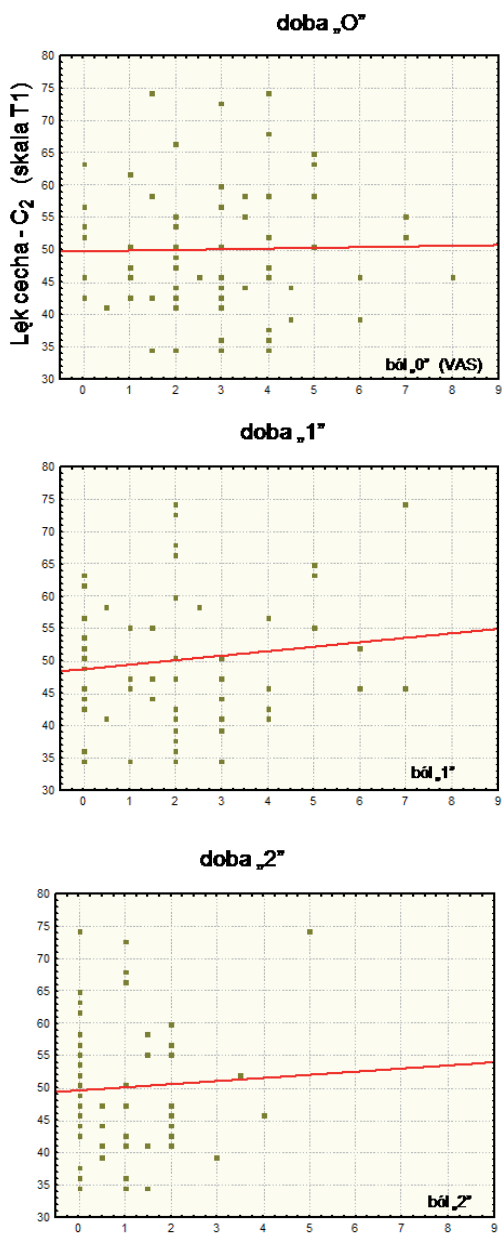
x_i i y_i – są to odpowiednie odchylenia od odpowiednich średnich.

Istotność statystyczna współczynnika korelacji zbadano metodą tradycyjną tzw. t – Fishera.

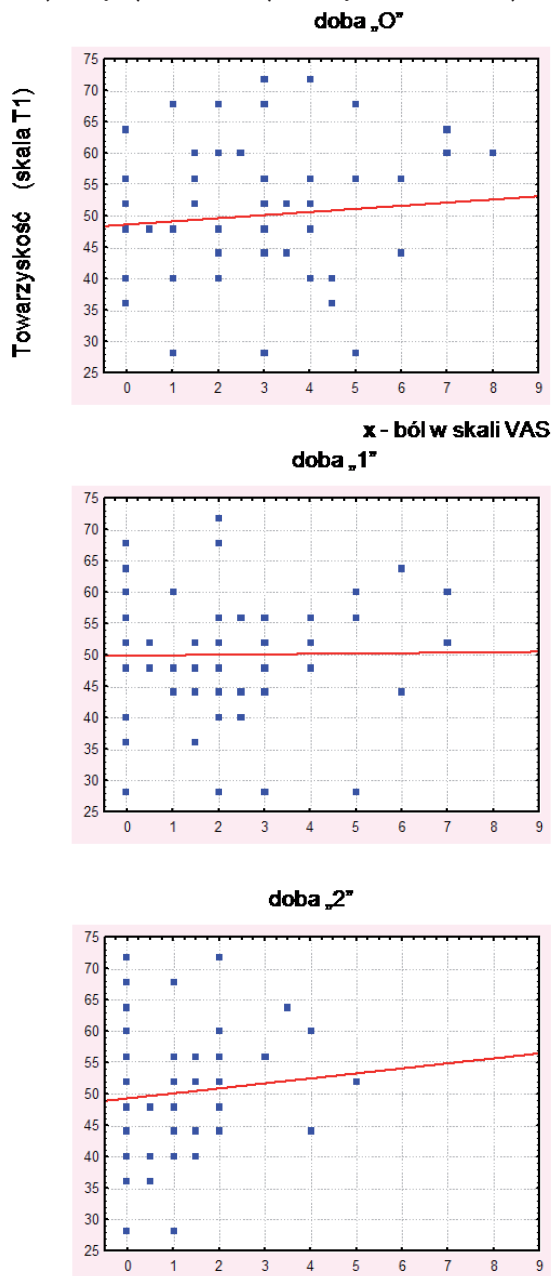
Wyniki i ich omówienie

Z zastosowaniem wzoru (3) zostały obliczone wskaźniki korelacji w obrębie całej populacji (N = 66) pomiędzy tymi zmiennymi. Obliczenia te wskazały na bardzo małą zależność. Ilustrację tej sytuacji przedstawiają wykresy nr 5 i 6, na przykładzie korelacji między bólem a cechą lęku C_2 oraz T – towarzyskością (*ibidem*).

Wykres 1. Korelacja między bólem a C_2 – cechą lęku w całej badanej populacji $N = 66$



Wykres 2. Korelacja między T – towarzyskością a bólem w całej badanej populacji
N = 66



W obu przypadkach linie wykresów są niemal równoległe względem osi bólu. Wskazuje to na bardzo małą korelację (nic nieznaczącą). Potwierdzają to wartości obliczonych współczynników korelacji zaznaczone symbolem „r” na wykresach.

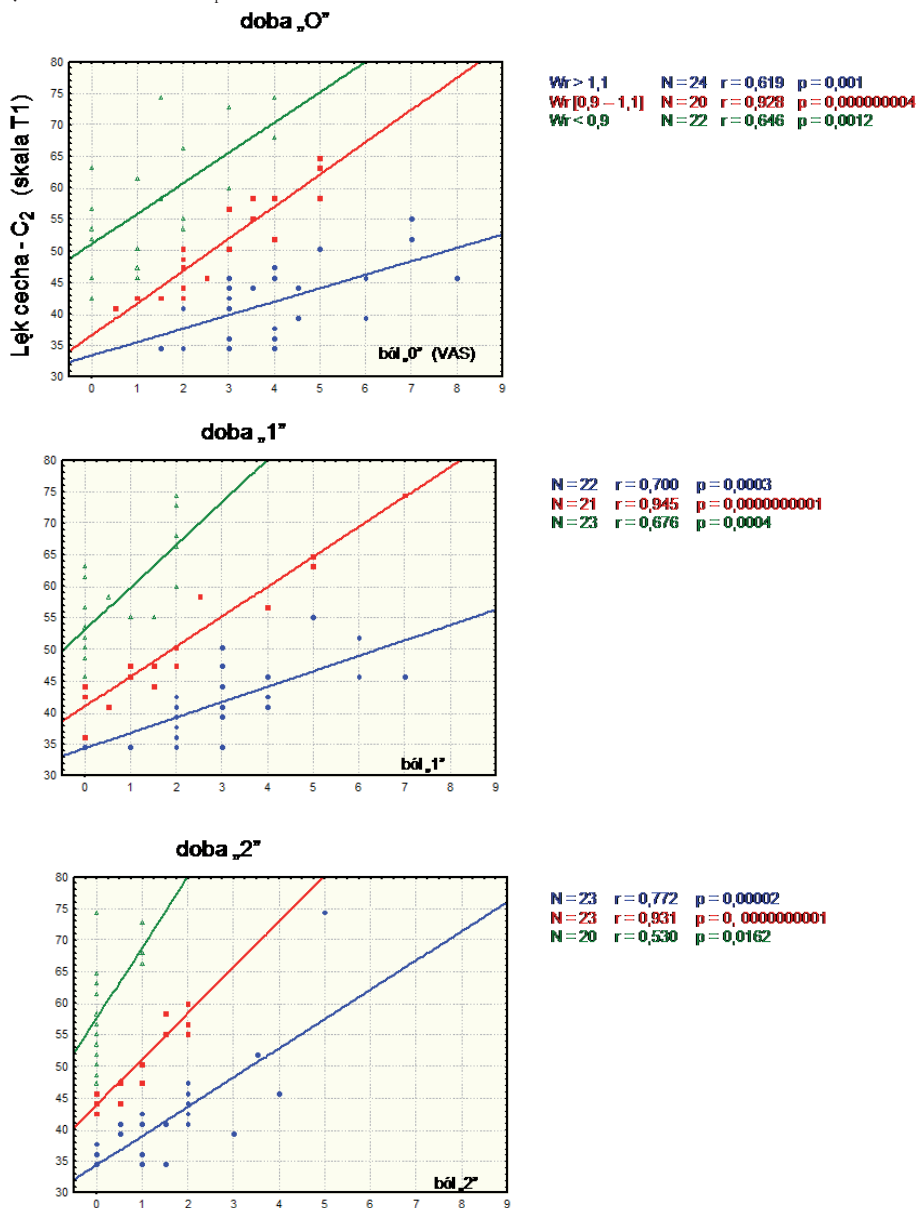
Taki rezultat badania okazał się zaskakujący, ponieważ przeczył doniesieniom literatury naukowej oraz własnym obserwacjom klinicznym. Fakt ten nasunął przypuszczenie, iż szukanie zależności w obrębie całej populacji pomiędzy badanymi cechami nie gwarantuje słuszności twierdzenia o istnieniu małej korelacji lub nawet jej całkowitym braku.

Metodologiczna prawidłowość postępowania wobec uzyskanych wyników zobligowała nas do dalszej, głębszej analizy. Chodzi tu o znalezienie „wspólnego sensu”, tj. wspólnego pojęcia dla dwóch różnych pojęć, prowadzącego do uzasadnienia innej jakości. Skoro nie znajdujemy zależności w całej populacji między badanymi zmiennymi (bólem pooperacyjnym a emocjonalnymi czynnikami osobowościowymi), to należy poszukać w niej takich podpopulacji, w których ta zależność może wystąpić. Stąd też, dla wychwycenia badanej zależności, zastosowano metodę wskaźnika relacyjnego W_r (Szerla 2006). Wyróżniono przedział dla wskaźnika relacyjnego z otoczenia 1 (jedności) tzn. W_r zawiera się w przedziale domkniętym $[0,9;1,1]$. Tym samym oprócz wyróżnionego otrzymujemy przedziały: poniżej 0,9 oraz powyżej 1,1. Wyodrębnienie przedziałów dla wartości wskaźnika relacyjnego W_r wychwytuje cechy poszczególnych pacjentów, które mają jednakowe znaki, tzn. odchylenia danego wyniku od wyniku średniego. Przedziały te, w zależności od wartości wskaźnika relacyjnego, grupują pacjentów w odpowiednich podpopulacjach. Następnie, w tak wyodrębnionych podpopulacjach, oddzielnie obliczamy metodą Pearsona korelację między bólem pooperacyjnym a emocjonalnymi czynnikami osobowościowymi.

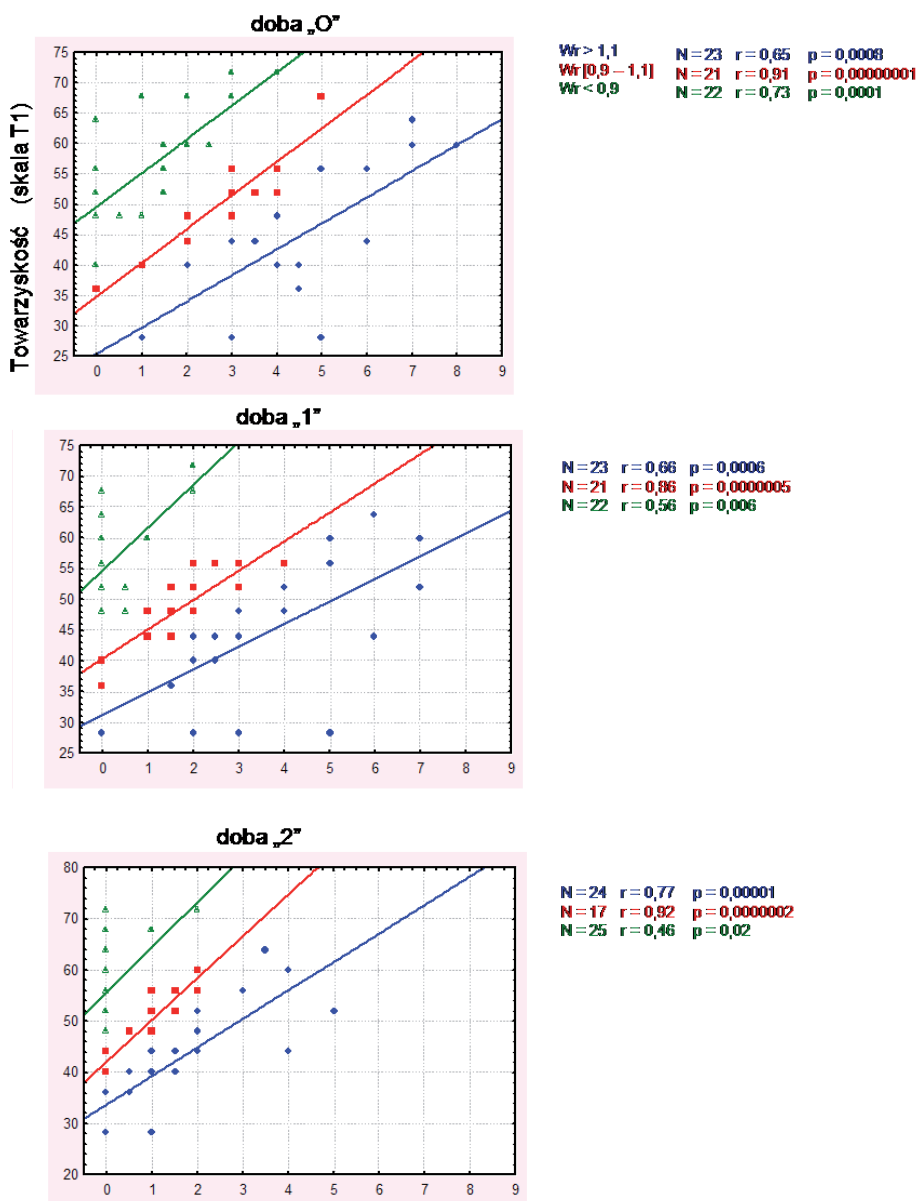
Za pomocą tej metody wykazano, że we wszystkich trzech podpopulacjach, tj. u wszystkich badanych dzieci ($N = 66$), występował istotny związek ($p < 0,05$) bólu pooperacyjnego z emocjonalnymi cechami osobowościowymi (lękiem i temperamentem) we wszystkich kolejnych dobach prowadzonych obserwacji.

Obliczoną zależność przedstawiamy na przykładach: ból (B) a cecha lęku C_2 oraz ból (B) a T – towarzyskość (wykresy: 3 i 4).

Wykres 3. Korelacja między bólem a cechą lęku C_2 w podpopulacjach wyodrębnionych wskaźnikiem W_r



Wykres 4. Korelacja między bólem a T – towarzyskością w podpopulacjach wyodrębnionych wskaźnikiem W_r



Z wykresów 3 i 4 odczytujemy wysoką zależność – linie względem osi bólu pozostają pod kątem niemal 45 stopni. Potwierdzają to wartości obliczonych współczynników korelacji zaznaczone symbolem „r” pod wykresami.

Podsumowanie

1. Za pomocą zastosowanej metody wykazano wspólny sens, czyli istnienie bardzo wysokiej korelacji między bólem pooperacyjnym a wybranymi czynnikami osobowościowymi dla podpopulacji wyznaczonej za pomocą wskaźnika W_r z przedziału wartości $[0,9;1,1]$.

2. Z rozważań powyższych można wnioskować, że wspólny sens uzasadnia nową jakość dla leczniczego postępowania lekarza wobec pacjenta.

3. W tak wyodrębnionej podpopulacji wzrost czynników emocjonalnych u dzieci powodował większe odczuwanie bólu.

Bibliografia

Kosztołowicz M., *Formalne kryteria prawdziwości w matematyce a twierdzenie Gödla*, [w:] *The peculiarity of Man*, t. 6, Warszawa–Kielce 2001.

Szerla M., Kosztołowicz M., *Evaluation of postoperative pain with the statistic reduction method*, *Proceedings of the Tenth National Conference on Application of Mathematics in Biology and Medicine*. Copyright University of Computer Engineering and Telecommunications in Kielce, Kielce 2004, s. 201–206.

Szerla M., *Ocena bólu pooperacyjnego u dzieci. Związek bólu z osobowością*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, praca doktorska obroniona 14.12.2006.

Wojciech Klapa, Iwona Wilk

Zastosowanie fotografii cyfrowej do oceny zdolności percepcyjnych i systemu wartości pacjentów w opiece paliatywnej

Jedną z uciążliwości choroby nowotworowej jest zamknięcie chorego w mieszkaniu lub „przykucie” go do łóżka. Możliwości wykorzystania fotografii cyfrowej pozwalają osobom, które znalazły się w takiej sytuacji, obejrzeć postaci bliskich, interesujących ich miejsc itp. Użycie tej techniki umożliwia także nawiązanie kontaktu z chorym, poznanie jego zainteresowań, zmian w zachowaniu i poglądach wywołanych chorobą. P. Sztompka pisze: „w epoce wizualnej wielkie znaczenie w komunikacji międzyludzkiej zyskuje obraz. Obrazy przenoszą informacje, wiedzę, emocje, doznania estetyczne, wartości. Stają się przedmiotem świadomego rozszyfrowania, ale także oddziałują na podświadomość”¹, i dalej: „Szczególna sugestywność obrazów, większa nawet od słowa pisanego, sprawia, że (...) fotografie, nawet gdy same nie potrafią nic wyjaśnić, stanowią nieustające zaproszenie do dedukcji, spekulacji i fantazji. Fotografie otwierają przed nami świat społeczny, z którym nie mieliśmy, a nawet nie możemy mieć bezpo-

¹ P. Sztompka, *Socjologia wizualna*, Warszawa 2005, s. 12.

średniego kontaktu (...). Stajemy się jakby naoczniymi świadkami zdarzeń, zjawisk i sytuacji, w których *de facto* nie uczestniczyliśmy². W kontekście tych stwierdzeń choroby, którym prezentuje się fotografie, wychodzą ze społecznej izolacji. Poprzez ożywienie ich wspomnień można poznać świat, który pozostawili za sobą. Możemy też poprawić pacjentowi nastrój, wzbudzić w nim pozytywne emocje.

Od roku 2003 podejmujemy próby zastosowania fotografii cyfrowej w opiece paliatywnej. Były one uwarunkowane potrzebami, oczekiwaniami, możliwościami chorych oraz osób zaangażowanych w opiekę hospicyjną. Początkowo miały one charakter działań doraźnych, okazjonalnych, z biegiem czasu nabrały charakteru celowego i planowego.

Celem naszej prezentacji jest pokazanie możliwości zastosowania fotografii cyfrowej w poznawaniu pacjentów, ich wsparciu i realizacji oczekiwań. Nasze doświadczenia, jak sądzimy, mogą stanowić wskazówki dla osób chcących posługiwać się fotografią cyfrową w tak specyficznej dziedzinie, jaką jest opieka paliatywna.

Szczególne zastosowanie znajduje fotografia do diagnozowania sytuacji pacjentów: zmian w ich osobowości, systemie wartości, sposobie patrzenia na świat, wyrażania swego „ja”.

Prezentując chorym fotografie i śledząc sposób ich odbioru, możliwe jest dokonanie wstępnej oceny:

- zdolności spostrzegania,
- rozróżniania barw,
- ostrości wzroku,
- umiejętności analizy treści obrazu,
- zainteresowań czy reakcji emocjonalnych (ich rodzajów i siły).

Pokazując fotografie pacjentom przez dłuższy okres, można zaobserwować związane z rozwojem choroby zmiany, jakie u nich się pojawiają:

- tempo wzrastania zmęczenia,
- zaburzenia wzroku,
- zakres i rodzaj trudności pojawiających się w analizie treści poszczególnych zdjęć lub serii fotogramów,
- zmiany zainteresowań.

Z naszych obserwacji wynika, że rozwój choroby powoduje zazwyczaj (choć nie jest to regułą):

- chęć oglądania zdjęć rodzinnych i „retrospektywnych”, np. przedstawiających wydarzenia, w których chory brał czynny udział;

² *Ibidem*, s. 79.

- chęć oglądania zdjęć „reportażowych” – przedstawiających wydarzenia w najbliższej okolicy, np. zmian w przyrodzie związanych z porą roku czy zmian pogody, imprez plenerowych, wystroju wystaw sklepowych itp.;
- trudności w rozróżnianiu szczegółów zdjęć – dotyczy to zwłaszcza zdjęć „przegadanych” o dużej liczbie drobnych szczegółów w podobnej tonacji barwnej;
- wydłużenie się, a następnie skrócenie czasu oglądania poszczególnych fotogramów;
- „udawane znużenie” lub rozdrażnienie związane z utrudnioną percepcją zdjęcia;
- selektywne wybieranie zdjęć, ich krótką i pobieżną analizę, często związaną z wyciąganiem fałszywych wniosków.

Szczególnie przydatne do prowadzenia diagnozy są fotoreportaże przedstawiające codzienne wydarzenia mające miejsce „za oknem”, w rodzinach chorych, zmiany w przyrodzie, pokazywane chorym w kilkanaście minut czy kilka godzin po ich wykonaniu. Systematyczne prezentowanie wspomnianych fotografii umożliwia poznanie zmian w zachowaniu oraz zainteresowaniach związanych z rozwojem choroby:

- koncentrowanie się na przeszłości;
- zmniejszenie zainteresowań bieżącymi wydarzeniami politycznymi i społecznymi na rzecz wydarzeń związanych z życiem rodzinnym;
- stopniowy wzrost zainteresowań teologią i „sprawami ostatecznymi”.

Prezentowanie chorym fotografii dzieł sztuki i fotogramów przedstawiających piękno przyrody pozwala na poznanie ich reakcji emocjonalnych, a także kształtowanie „dobrego nastroju”. Dzięki tego typu zdjęciom można też poznać system wartości, jakim kierują się chorzy, i zmiany, jakie wraz z rozwojem choroby w nim następują. To z kolei umożliwia dobór odpowiedniej tematyki rozmów z chorymi.

Podsumowanie

Na podstawie zebranego materiału trudno jest formułować jednoznaczne sądy. Zauważyliśmy jednak pewne prawidłowości:

- zainteresowania chorych wraz z rozwojem choroby „przenoszą się” od zainteresowań związanych z wydarzeniami politycznymi, poprzez za-

interesowania związane z losem bliskich, do zainteresowań tym, co jest „po drugiej stronie”;

- chorzy, analizując fotografie, łatwiej wyrażają swe emocje i rozładowują napięcia niż w kontakcie werbalnym;
- pocieszeniem dla chorych są zdjęcia przyrody, wywołują też one nastroj sprzyjający „otwarcia się” pacjenta.

Diagnoza i terapia poprzez oglądanie zdjęć jest uzupełniającym czynnikiem w procesie leczenia paliatywnego. Pozwala na chwilowe oderwanie się od medycznych i instrumentalnych czynności i skupienie się na przyjemnych dla pacjenta scenach. Porozumiewanie się za pomocą fotografii może mieć szczególne znaczenie dla pacjentów z utrudnionym komunikowaniem wynikającym z toczącego się procesu nowotworowego. Takie pozawerbalne przekazywanie uczuć i emocji na podstawie przeżyć wynikających z oglądania fotografii może znacznie ułatwiać tym pacjentom odreagowanie stresu związanego z chorobą, a także sprzyja pogłębieniu więzi z personelem, rodziną, przyjaciółmi i znajomymi. Oglądanie fotografii pomaga w zachowaniu autonomii chorego poprzez wywoływanie zmian nastroju i dostarczanie nowych informacji.

Noty o autorach

- **Monika Cempa**

Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

- **Edward Charczuk**

Gabinet lekarski: opieka paliatywna i leczenie bólu nowotworowego w Bukowinie Tatrzańskiej

- **Izabela Chmiel**

Zakład Pielęgniarstwa Środowiskowego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

- **Małgorzata Chodak**

Oddział Kliniczny Kliniki Neonatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie; Ecole Européenne de Psychoterapie Socio- et Somato- Analytique (EEPSSA)

- **Zbigniew Domosławski**

Kolegium Karkonoskie – Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Jeleniej Górze

- **Krzysztof Gerc**

Instytut Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Jagiellońskiego

- **Agnieszka Górecka**

Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

- **Joanna Harzowska**

I Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego (pielęgniarka operacyjna); Wspólnota Wiara i Światło (opiekun osób niepełnosprawnych)

- **Jan Iwaszczyszyn**

Krakowska Poradnia Opieki Paliatywnej przy Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Krakowie

- **Wojciech Kłapa**

Zakład Pedagogiki Medycznej Instytutu Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

- **Anna Kliś-Kalinowska**

Krakowska Poradnia Opieki Paliatywnej przy Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Krakowie; Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

- **Marek Kita**

Katedra Chrystologii Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie

- **Michał Kosztołowicz**

Kieleckie Towarzystwo Naukowe, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Kochanowskiego w Kielcach

- **Małgorzata Kuleta**

Wydział Psychologii i Nauk o Rodzinie Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego; Instytut Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego

- **Agnieszka Kwiecińska**

Hospicjum św. Łazarza w Krakowie

- **Grażyna Makiełło-Jarża**

Wydział Nauk o Rodzinie Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

- **Marta Marzec**

Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego (licencjonowana pielęgniarka)

- **Zbigniew Orbik**

Wydział Psychologii i Nauk o Rodzinie Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

- **Dorota Ortenburger**

Wydział Nauk Społecznych Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie; Poradnia Leczenia Bólu; członek IASP i PTBB

- **s. Maria Najowicz CSS**

Klasztor Sióstr Duchaczek w Krakowie

- **s. Otylia Olga Pierożek CSS**

Klasztor Sióstr Duchaczek w Krakowie

- **Małgorzata Szerła**

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Kielcach, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Kochanowskiego w Kielcach

▪ **Monika Wasilewska**

Wydział Psychologii i Nauk o Rodzinie Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego; Instytut Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego

▪ **Teresa Weber**

Szpital Uniwersytecki Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Oddział Kliniczny Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej, Hospicjum św. Łazarza w Krakowie

▪ **Iwona Wilk**

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniarstwa WOZ Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

▪ **Stanisław J. Wójcik**

Wydział Psychologii i Nauk o Rodzinie Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

▪ **Katarzyna Wójcik-Pyrć**

Wydział Psychologii i Nauk o Rodzinie Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

