

Jan Tylka

Katedra Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Psychologiczne aspekty cierpienia w chorobie i umieraniu

Przedrukowano za zgodą z: *Advances in Palliative Medicine* 2012; 11, 1

Streszczenie

Cierpienie osoby śmiertelnie chorej skłania do refleksji nad jego psychologicznym i duchowym wymiarem. Często na ból fizyczny nakłada się „ból” samotności i bezradności wobec nieuchronności odejścia z tego świata. Druga osoba może odgrywać niezwykle pomocną rolę w znoszeniu cierpienia i pogodzeniu się z nieuchronnością końca życia, pod warunkiem że dojrzałość i zdolność do empatii stanowią istotę jej cech osobowych, którymi może obdarzyć potrzebującego.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2012; 6, 1: 1–8

Słowa kluczowe: stres, cierpienie, drugi człowiek, odchodzenie

Psychologia humanistyczna zwraca się ku całemu człowiekowi w jego istnieniu i działaniu, w jego chorobie i cierpieniu, poszukując dobrych rozwiązań ludzkich problemów.

Psycholog nie może wprawdzie usunąć organicznego defektu, zapobiec ewentualnemu inwalidztwu, zmienić biologicznego zegara człowieka, ale powinien pomóc mu w lepszym rozumieniu siebie, nauczyć radzenia sobie w nowej sytuacji, ukazać perspektywę i sens życia.

W sytuacji choroby, zwłaszcza zaś przewlekłej i często nieuleczalnej, szeroko rozumiane działania psychologiczne są absolutnie konieczne. Jak bowiem pisze Dossey [1], „w pewnym sensie może zawsze dojść do wyleczenia”, co oznacza, że „wyleczenie” nie polega na fizycznym zniknięciu objawów choroby (zawału serca, nowotworu), ale na uświadomieniu sobie, że „choroba fizyczna, choćby najbardziej bolesna lub dziwaczna, ma na pewnym poziomie drugorzędne znaczenie w całościowym kontekście naszego istnienia”... Jest to uświadomienie sobie, że na najbardziej podstawowym poziomie jesteśmy „nietykalni”, nieczuli na spustoszenia wyrządzone przez choroby i śmierć.

Człowiek wobec cierpienia

Człowiek chory w swoim cierpieniu nie jest zdany jedynie na siebie, gdyż prawie zawsze doświadcza obecności innej osoby. W wyniku zaangażowania w przeżycia innego człowieka, cierpienie jednostkowe przestaje być stanem, emocją samotnego podmiotu (Levinas), stając się stanem, emocją wspólną.

„Niedobrze być człowiekowi samemu” — czytamy w Księdze Rodzaju, choć odnosi się to do człowieka przebywającego w Raju. Cóż dopiero samotność pośród bliskich i życzliwych (ale zajętych swoimi sprawami) czy samotność pośród „urzędowo uprzejmych”.

Wreszcie samotność w cierpieniu i chwilach odchodzenia z tego świata. Ból i cierpienie zostały określone przez Arystotelesa jako nieodłączny cień życia człowieka — pasja duszy.

Wobec cierpienia zarówno fizycznego, jak i psychicznego wszyscy ludzie są równi — pisze Szczępański — gdyż cierpienie nie omija nikogo. Człowiek cierpiący oczekuje zrozumienia i pomocy bliźnich. Gotowość pomocy cierpiącym jest praktycznym przejawem postawy humanistycznej.

Adres do korespondencji: Prof. dr hab. n. med. Jan Tylka
Katedra Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
e-mail: jan.tylka@wp.pl



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2012; 6, 1, 1–8
Copyright © Via Medica, ISSN 1898-0678

Być człowiekiem oznacza dobrowolnie czynić coś dla bliźniego, wzbogacać jego istnienie w zdrowiu i chorobie poprzez pomoc w znoszeniu cierpienia i bolesnej samotności, towarzyszenie do końca, kiedy śmierć nieuchronnie nadchodzi.

Podczas choroby niemal zawsze pragniemy wejść do terapeutycznego ogrodu w miejscu wybranym przez kogoś innego (lekarza, rodzinę), tam gdzie jest najjaśniejsza i ścieżka najprostsza, prowadząca do doświadczenia ulgi, odzyskania zdrowia. Dzięki pomocy innych jesteśmy w stanie nie tylko zmniejszyć bądź usunąć nasze dolegliwości, ale również zachować stan równowagi psychicznej i poczucie własnej godności. Jest to najczęściej wspólne otwieranie nowej przestrzeni, w której zmniejszaniu się dolegliwości towarzyszy wzrost nadziei.

Choroba to cierpienie. Ale, jak pisze Victor Frankl: „człowieka nie niszczy cierpienie, lecz niszczy go cierpienie pozbawione sensu” [2]. Frankl definiuje pojęcie sensu jako „stan podmiotowej satysfakcji jednostki związany z działaniem celowym i ukierunkowanym na wartości (bliskie i dalekie, względne i absolutne)”. Pustka, jaką wywołuje brak poczucia sensu życia, to „egzystencjalna próżnia”. Logoterapia ma za zadanie pomóc osobom doświadczającym tej próżni. Podstawowym elementem tej terapii jest wprowadzenie logosu, czyli uświadomienie sensu i wartości; takie nakierowanie człowieka, by sam odkrył sens, zgodnie ze swoją osobowością.

Obuchowski mówi, że „sens życia to nadanie życiu wartości wykraczającej poza samo istnienie człowieka” [3]. Treść sensu życia powinna niejako „wyrastać z osobowości”. Musi więc być produktem własnym osoby, dostosowanym do cech osobowości, doświadczeń i przemyśleń człowieka. Poczucie sensu łączy się z oczekiwaniem poprawy, odczuwaniem ulgi. Człowiek, nawet najbardziej osłabiony, jest w stanie znieść ból, jeżeli wie, że to, czego doświadczają, przyniesie ulgę.

Jednak w sytuacji świadomości odchodzenia brak dolegliwości niczego nie zmienia. Jedyne ulgę może wtedy przynieść nadanie temu, co się dzieje, istotnego sensu. Bardzo często łączy się to z wiarą, która inspiruje i dodaje sił. Ważna jest wtedy pomoc ze strony innych ludzi, którzy podzielają ten sam system wartości i wspierają chorego swoją postawą i modlitwą [4]. Bo, jak pisze Dossey, „ten kto się modli, nie czuje się osamotniony” [1].

Psychologiczne problemy doświadczania bólu w chorobie

Ból silnie porusza psychikę, może prowadzić do zaburzeń emocjonalnych, frustracji, reakcji lękowo-depresyjnych wymagających leczenia. Równocześnie

stan psychiczny chorego w znacznym stopniu warunkuje intensywność odczuwanych dolegliwości bólowych, co nierzadko doprowadza do powstania trudnego do przerwania błędnego koła. Według Kuryłowicz [5] odczucia bólowe, ich natężenie, są modelowane przez sferę poznawczą i emocjonalną. Duże znaczenie dla doświadczenia bólu ma sytuacja związana z bólem oraz wcześniejsze doświadczenie indywidualne w zakresie bólu.

W sferze poznawczej odczucie bólu zależy przede wszystkim od obrazu choroby i wyobrażeń z nią związanych. Obraz choroby postrzegany przez pacjenta często istotnie różni się od obrazu wytworzonego przez lekarza. Pacjent wykorzystuje najczęściej ogólne, obiegowe informacje o chorobie, własną obserwację objawów, własny bilans przypuszczeń i wyobrażeń dotyczących choroby oraz sądów na temat przyczyn objawów i prognozy. Wizja ta bywa wyolbrzymiona, czasem pomniejszona, często jest jednak zniekształcona. Bardzo rzadko zgodna jest z rzeczywistością i obrazem wytworzonym przez lekarza.

Lęk jest jednym z głównych czynników modyfikujących doznania bólowe. Zadziałanie bodźca bólowego wywołuje reakcję emocjonalną w postaci lęku lub niepokoju. Ból jest sygnałem ostrzegawczym przed niebezpieczeństwem fizycznym, lęk — przed zagrożeniem sfery psychicznej. Wzajemna ścisła współzależność obu tych sygnałów jest niewątpliwa. Ból wywołuje lęk, a lęk potęguje doznania bólowe.

Związek bólu z lękiem podkreśla się szczególnie w przypadku bólu ostrego. Zależność ta jest niewątpliwa także w przypadku chorób przewlekłych, którym towarzyszy ból. Liczne problemy pacjentów w czasie trwania choroby wywołują lękowe reakcje emocjonalne, nasilające odczuwanie dolegliwości bólowych. Ból przewlekły wywołuje reakcje depresyjne, natomiast przygnębienie i depresja powodują zmniejszenie tolerancji na ból.

Długotrwała choroba jako sytuacja stresu psychologicznego

Za pierwszego badacza zjawisk związanych ze stresem uważa się Waltera Cannona, który zajmował się wpływem szkodliwych czynników środowiskowych na organizmy. Stres był przez niego traktowany jako reakcja na zagrożenie, której funkcją było stworzenie warunków przetrwania organizmu (utrzymanie się organizmu przy życiu).

Biologiczną koncepcję stresu zaproponował francuski fizjolog Claude Bernard, twórca prawa „stałości środowiska wewnętrznego”. Zwrócił uwagę na to, że komórki organizmów wielokomórkowych żyją

we własnym, odizolowanym od świata środowisku. Zachodzą w nim ciągłe zmiany, zakłócające czynności organizmu bądź zagrażające jego życiu. Zasługą Bernarda jest twierdzenie, że stałość środowiska wewnętrznego jest w przyrodzie fundamentalnym warunkiem życia; żywił on także przekonanie, że stałość ta jest zachowana dzięki procesom fizjologicznym i biochemicznym ustroju.

Termin „stres” zawiera w sobie wiele określeń, m.in.: zagrożenie, konflikt, frustrację, emocjonalne zaburzenia i traumę czyli alienację. Termin „stres” został zapożyczony z fizyki. Do nauk o zdrowiu został po raz pierwszy wprowadzony przez Hansa Selye [6]. Zdefiniował on stres jako sumę wszystkich niespecyficznych skutków działania różnych czynników (czynniki naturalne — prawidłowe, czynniki chorobotwórcze i inne), które mogą oddziaływać na organizm. Czynniki te Selye nazywa stresorami. Działanie czynników naporowych (stresorów) wywołuje w organizmie stan stresu, który obejmuje zespół zmian fizjologicznych o charakterze przystosowawczym, służących obronie organizmu. Zmiany te Selye określił mianem „ogólnego zespołu adaptacyjnego” (GAS, *general adaptation syndrom*).

W stresie psychologicznym w wyniku działania stresorów zachodzą zmiany w sferach psychicznego funkcjonowania jednostki (emocjonalnej, poznawczej) oraz w zachowaniu. Zmiany te uznaje się za elementy procesów zwalczania stresu.

Każde z pojęć stresu odnosi się do innego poziomu i zakresu reagowania organizmu. Stres psychologiczny jest zawsze powiązany ze stresem fizjologicznym i odwrotnie.

Scheier opisał stres jako reakcję emocjonalną, której towarzyszy długotrwałe zakłócenie równowagi systemu [7]. Według tej teorii emocje można uznać za „normalne”, jeśli lęk czy gniew wyzwalają (gdy trwają krótko) mechanizmy adaptacyjne organizmu. Natomiast pojęcie stresu odnosi się do sytuacji, w których lęk lub gniew, trwając długo, powodują zaburzenia równowagi organizmu. Według Łosiaka, reakcje stresowe są wariantami „normalnych” reakcji emocjonalnych [8].

Mechanic określa stres jako reakcje dyskomfortu, które pojawiają się u osoby znajdującej się w określonej sytuacji [9]. Istotą mechanizmu stresowego jest rozbieżność pomiędzy wymaganiami (pochodzącymi z zewnątrz lub od samej jednostki) a możliwościami sprostania tym wymaganiom.

Największą popularnością cieszy się relacyjne (transakcyjne) ujęcie stresu, którego istotą jest interakcja między jednostką a otoczeniem.

Reykowski [10] jako pierwszy w Polsce wskazał na to, że aby uznać dany bodziec za stresorodny,

należy uwzględnić relację, która zachodzi między bodźcem a podmiotem: „to, jak bodźce są postrzegane, będzie miało wpływ na faktyczne zachowanie się człowieka”.

Tomaszewski [11] (to praca zbiorowa) mówi o stresie jako sytuacji trudnej. Sytuacje można uznać za „trudne”, jeśli zachodzi rozbieżność między potrzebami lub zadaniami a możliwościami zaspokajania tych potrzeb lub wykonania zadań. Trudności mają wymiar subiektywny (cechy podmiotu, np. brak siły, choroba), a także obiektywny (warunki zewnętrzne — szkodliwości, zakłócenia).

Specyficzny sposób podejścia do zjawiska stresu prezentuje Hobfoll [12]. Jako stres psychologiczny określa on reakcję na zagrożenie utraty zasobów, rzeczywistą ich utratę, a nawet brak wzrostu zasobów po ich zainwestowaniu. Do zasobów zalicza Hobfoll przedmioty (mieszkanie, środki transportu), warunki (dobre małżeństwo, praca), właściwości osobiste (np. umiejętności interpersonalne, poczucie skuteczności) oraz źródła energii (np. pieniądze, wiedza). Najbardziej narażeni są na stres ludzie, którym brakuje zasobów. W sytuacji choroby można mówić o wyczerpaniu się zasobów odpornościowych organizmu.

Choroba jako źródło stresu psychologicznego

Sytuację choroby kreuje skomplikowany układ czynników subiektywnych i obiektywnych. O rodzaju przeżyć i zachowań w chorobie decydują odbiór i przetwarzanie informacji przez chorego oraz nadawanie im znaczenia. Choroba staje się problemem dla osoby wtedy, kiedy osoba nadaje jej subiektywny sens. Nadawanie sensu — tworzenie koncepcji choroby, obrazu własnej choroby — dokonuje się na podstawie informacji dopływających z różnych źródeł. W obrazie choroby są zawarte przekonania odnoszące się do: istoty choroby, jej przyczyn, aktualnego stanu, sposobów leczenia, przewidywań dotyczących dalszego przebiegu choroby i jej następstw.

Lazarus i Folkman [13] wskazują, że choroba może być oceniana przez chorego jako:

- krzywda lub strata — przekonanie jednostki o utracie tego, co do tej pory było cenne i ważne (np. wydolność fizyczna, pozycja społeczna);
- zagrożenie — potencjalne niekorzystne zmiany w obszarze zdrowia i funkcjonowania społecznego;
- wyzwanie — możliwość wykazania się umiejętnością niepoddawania się losowi i osiągnięcia zamierzonych celów mimo wszystko.

Bardziej szczegółowej kategoryzacji znaczeń choroby dokonał Lipowski [14]. Choroba według niego ma dla człowieka najczęściej następujące znaczenie:

- wyzwanie, gdy jest traktowana jako jedna z licznych trudnych sytuacji życiowych, wobec których należy uruchomić sposoby przewyższania;
- wróg, gdy należy ją zwalczyć za wszelką cenę i wszelkimi sposobami (rozliczne metody leczenia, mechanizmy obronne), aby zmniejszyć napięcie związane z poczuciem zagrożenia;
- kara, gdy jest uważana za zasłużoną (bierne poddanie się losowi, akceptacja) lub za niesprawiedliwą (łączy się to zazwyczaj z depresją);
- słabość, gdy jest traktowana jako wyraz braku silnej woli, co wiąże się z poczuciem wstydu, z zaprzeczaniem istnieniu choroby oraz z odrzuceniem pomocy;
- ulga, gdy pomaga w ucieczce od trudnych problemów, wymagań czy odpowiedzialności; nie rzadko występują objawy agresji lub hipochondrii, które mogą utrudniać proces adaptacji;
- strategia, gdy wiąże się z nią ulgę i gdy służy uzyskaniu zainteresowania, różnego rodzaju korzyści prestiżowych, materialnych; często stanowi punkt wyjścia reakcji roszczeniowych;
- nieodwracalna strata lub uszkodzenie, gdy dotknięty lub uszkodzony chorobą narząd może mieć szczególną wagę, a czasem nawet znaczenie symboliczne (stan ten towarzyszy depresji, może się przejawiać jako wrogość);
- wartość, gdy wiąże się z filozoficzną postawą wobec cierpienia jako źródła twórczego dla nowych wartości; wtedy cierpienie służy rozwojowi osobowości jednostki.

Szczegółowego znaczenia należy upatrywać w chorobie przewlekłej. Ma ona charakter procesu, w którym odczuwanie dyskomfortu, złe samopoczucie lub pojawienie się dolegliwości stanowią jego początek. Zakończeniem może być wyleczenie i powrót do życia społeczno-zawodowego w wymiarze pełnym bądź ograniczonym skutkami choroby. W ciężkich przypadkach jednak zakończeniem procesu chorobowego staje się śmierć. Zanim pojawi się koniec egzystencji, chory często musi się zmierzyć ze szczególnym rodzajem stresu cierpienia i samotności. Musi podjąć trud radzenia sobie z samym sobą i z sytuacją, w jakiej się znalazł. Radzenie sobie obejmuje dwie funkcje: czynności poznawcze i behawioralne. Są one ukierunkowane na poprawę własnej sytuacji poprzez zmianę własnego działania zaburzanego na skutek stresu. Może to prowadzić do koncentracji na sobie (regulacja emocji, samouspokojenie) lub do prób zmiany zagrażającego otoczenia.

Lazarus i wsp. wskazują, że radzenie sobie (*coping*) polega na uruchamianiu zachowań lub reakcji wewnątrzpsychicznych prowadzących do przewyższania, redukcji bądź tolerancji [13]. Zgodnie z tym podejściem, człowiek szacuje swoje zasoby (np. przyjaciele, wiara), dokonuje oceny swoich umiejętności i zdolności zaradczych. Następnie szacuje, czy są one wystarczające do przewyższania zagrożenia lub wyzwania, które spowodowało stres.

W literaturze opisano wiele zasobów służących radzeniu sobie ze stresem.

Do najczęściej wymienianych należy wsparcie społeczne. Wynika ono z interakcji społecznych człowieka i wiąże się szczególnie z posiadaniem rodziny, bliskich i oddanych przyjaciół.

Zasobem odgrywającym szczególną rolę w zmaganiu się ze stresującymi wydarzeniami życiowymi jest otwartość. Polega ona na gotowości człowieka do dzielenia się swoimi przeżyciami, myślami i uczuciami oraz umiejętności swobodnej ekspresji przeżywanych emocji. Człowiek odczuwający lęk, gniew, krzywdę lub poczucie niższości poprzez wyrażenie tych uczuć może zwiększyć poczucie akceptacji społecznej i bycia zrozumianym oraz rozładować przykre napięcie emocjonalne. Do zasobów psychologicznych zalicza się również dyspozycyjny optymizm i niefrasobliwość. Optymizm polega na przekonaniu człowieka, że w swoim życiu zasadniczo będzie on doświadczał dobrych rzeczy, a nie złych. Niefrasobliwość natomiast to zdolność nieprzejmowania się, bycia wyrozumiałym wobec siebie i dbania o własną wygodę oraz poczucie humoru. Frankl zaś wskazuje na zdolność do odnalezienia sensu w kryzysie oraz do nadania krytycznym wydarzeniom znaczenia, które pozwala je przetrwać i zmagać się z nimi [2].

Kolejnym sposobem człowieka jest zaufanie do siebie samego. Opiera się ono na wierze w swoje możliwości i kompetencje oraz na poleganiu na sobie. Ważne elementy w zmaganiu się ze stresem to względnie wysoka samoocena oraz samoakceptacja. Osoby mające wysokie, ale nie zawyżone poczucie własnej wartości i szanujące same siebie zdecydowanie lepiej radzą sobie ze stresem.

Najnowsze ujęcia nie tyle zmierzają do klasyfikowania sposobów radzenia sobie ze stresem i badania ich efektywności w trudnych sytuacjach, co kierują uwagę na znaczenie giętkości (*flexibility*) radzenia sobie. Określa ona umiejętność stosowania wielu różnorodnych sposobów radzenia sobie i plastycznego przechodzenia od jednych do drugich.

Interesującą propozycję klasyfikacji stylów radzenia sobie zaproponowali Endler i Parker [15]. Styl w ich ujęciu jest rozumiany jako typowy dla danej jednostki sposób zachowania w różnych sytuacjach stre-

sowych. Koncepcja ta nawiązuje do teorii Lazarusa i opisuje trzy style radzenia sobie ze stresem:

- styl skoncentrowany na zadaniu (podejmowanie wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu, poznawczego przekształcenia i próby zmiany sytuacji);
- styl skoncentrowany na emocjach (skupienie uwagi na własnych przeżyciach emocjonalnych oraz zmniejszenie napięcia emocjonalnego związanego z sytuacją stresową);
- styl skoncentrowany na unikaniu (wystrzeganie się myślenia, przeżywania lub doświadczania sytuacji stresowych, angażowanie się w czynności zastępcze czy poszukiwanie kontaktów towarzyskich).

Autorzy oparli swoje rozważania na interakcyjnym modelu teoretycznym. Ukazuje on działania zaradcze, podejmowane przez człowieka w konkretnej sytuacji, jako efekt interakcji zachodzącej pomiędzy cechami sytuacji a stylem radzenia sobie, charakterystycznym dla danej jednostki.

Ogólnie mówiąc, choroba jest dla człowieka procesem trudnym, wymagającym ogromnego wysiłku, który trwa w czasie i „modeluje” chorego. Sposób, w jaki ten proces przebiega, nie jest obojętny dla samego chorego ani dla innych osób, z którymi pozostaje on w kontakcie. Tak więc choroba jednostki staje się procesem społecznym o specyficznym układzie, którego elementami są: personel medyczny jednostki leczniczej, rodzina, przyjaciele oraz koledzy z pracy.

U krańca życia — refleksje psychologiczne

„Wtedy, gdy nie jest już w stanie pomóc nowoczesna medycyna, ważna jest opieka i obecność”

(prof. Grzegorz Opala, 2002)

Godne życie, godne i kulturalne umieranie są pragnieniem każdego normalnego człowieka.

O sztuce życia pisali wielcy filozofowie (Platon, Marek Aureliusz, Rochefoucauld) i psychologowie (Maslow, Rogers, Fromm). W okresie średniowiecza pojawił się specyficzny gatunek literatury religijnej zwany *ars moriendi* („sztuka umierania”). Jak podaje Ks. Prof. Wojciech Bołoz [16], najwcześniejszym polskim przykładem tej literatury jest XV wieczny „Dialog Mistrza Polikarpa ze Śmiercią”. W początkowym okresie autorzy pisali książki zawierające rady, wskazówki i zasady dla duchownych, które powinien stosować chory umierający, aby przygotować się do dobrej śmierci. Stosunkowo szybko wprowadzono zmiany polegające na kierowaniu rad do wszystkich osób towarzyszących umierającym. Wreszcie adresatami stali się wszyscy przygotowujący się do „dobrej śmierci”. Zawarte w pismach

treści oswajały ze zjawiskiem śmierci i przygotowywały na spotkanie z nią. Oświecenie wygenerowało lękową postawę wobec śmierci. Ogradzano wysokimi murami cmentarze, eliminowano znaki i symbole kojarzone ze śmiercią. Domagała się tego ideologia rozwijającego się kapitalizmu.

Lękowo-negatywne nastawienie do śmierci przetrwało do naszych czasów. Niewątpliwie w świadomości społecznej problem końca życia istniał zawsze, ale dopiero książka Kübler-Ross [17] stała się swoistym językiem spustowym uruchamiającym szerszą dyskusję o ludzkim umieraniu.

W amerykańskiej „Deklaracji praw chorego” z 1973 roku zapisano prawo do umierania w godności, które ukonkretniono jako prawo do umierania w spokoju, z zachowaniem godności ludzkiej i chrześcijańskiej.

Obecnie można wyróżnić dwie krańcowe tendencje odnoszące się do problemów etycznych związanych z końcem życia. Jedna skupia się bardziej na humanistycznych przesłankach łagodnego umierania, druga zaś na czynieniu tego wszystkiego, co może ochronić i przedłużyć życie.

Trzeba jednak podkreślić, że w obliczu śmierci szczególnego znaczenia nabiera troska o godność. Tak jak całe życie, również choroba i śmierć powinny być godne. Chory powinien mieć poczucie własnej wartości bez względu na to, w jakim stanie pozostaje. Człowiek bliski śmierci na ogół zdaje sobie sprawę, że umiera. Stawia sobie zatem sam pytanie o sens wszystkiego. Waga tych pytań zależy w dużym stopniu od tego, w jakim okresie życia przychodzi nam się z nim rozstać.

Księga Samuela mówi: „Kto umiera przed pięćdziesiątym rokiem życia, został zabrany przedwcześnie”. Księga Psalmów głosi zaś: „Miarą naszych lat jest lat siedemdziesiąt” (...), „a gdy jesteśmy mocni, lat osiemdziesiąt”. Nie ma zatem wątpliwości (pisze Ks. Prof. Chrostowski), że wiek, w jakim ktoś umiera, ma ogromny wpływ na jego stan psychiczny i duchowy, a także podejście jego otoczenia do sytuacji [4]. Czasami otoczenie podziela przekonanie o konieczności odejścia bliskiej osoby, częściej jednak opinie innych (choć ukrywane) są odmienne. W istotny sposób może to pogłębiać dramat umierającego, który odczuwa sprzeczność nastawień wobec jego śmierci. Godność osoby umierającej, jak pisze Ksiądz Chrostowski, zależy w dużym stopniu do tego, czy potrafi ona przezwyciężyć dylematy związane z perspektywą radykalnego odejścia. Stan ducha zależy w znacznej mierze od tego, w jakim stopniu osoby umierający odczuwa satysfakcję ze swoich życiowych osiągnięć. Dlatego dużą pomocą dla osoby umierającej jest niewątpliwie dowartościowanie przez wskazywanie na to, co udało mu

się osiągnąć, co jest znakiem dobra i wartości czynionych w przebiegu życia. Konieczność zdania się całkowicie na innych, zgody na ich ingerencję w najbardziej intymne, prywatne sfery życia bywa powodem poczucia upokorzenia. Ważnym obszarem dla chorego są więzi rodzinne. Życie jest bowiem na tyle skomplikowane, że pojawiają się w nim sytuacje wymagające naprawy i przywrócenia naruszonej sprawiedliwości. Koniec życia utwierdza chorego w przekonaniu, że niektórych spraw naprawić się nie da i że pozostaje jedynie przebaczenie. Najbliższe otoczenie powinno w takich przypadkach wykazać wiele delikatności i wrażliwości.

Czym jest śmierć?

Zło śmierci przedstawia się w sposób szczególny w filozofii Hegla [18]. Człowiek zniewolony (wobec którego środkami do życia dysponują inni, a nie on sam) w ujęciu Hegla, zdaje się wierzyć, że śmierć odrywa go od wszelkich wartości, przekreśla wszelką nadzieję jutra. Życie jest dla niego wartością absolutną. Źródłem życia zaś są (w jego przekonaniu) samoistnie bytujące rzeczy tego świata. Zniewolony (pisze Tischner) przywiązuje się do ziemi, jak drzewo. „Wierzy on w realność swego bytu, ponieważ wcześniej uwierzył w realność przedmiotów, którymi zaspokaja swe najbardziej natarczywe potrzeby... Dlatego nie jest w stanie oderwać się od ziemi”... [19]. Albert Camus (cytat za Tischner) uważa, że śmierć to zgoda na odejście ze stanu egzystencji. Karl Rahner, niemiecki teolog, mówi, że powinniśmy żyć w obliczu śmierci. Mamy bowiem jej świadomość, której nie powinniśmy tłumaczyć. Wprawdzie lęk przed śmiercią jest powszechny, ale ludzie starsi i ludzie szczęśliwi boją się jej mniej niż młodzi. Śmierci boją się bardziej ci, których życie koncentrowało się wokół własnego ja, inni zaś stanowili dla nich jedynie środek do osiągnięcia własnego dobra.

Humanizm w nastawieniu do innych, prospołeczne działanie, twórcza aktywność w trakcie życia, pozwalają niewątpliwie przezwyciężyć lęk przed nieuchronną śmiercią. Pisali o tym wielcy filozofowie, psychologowie, poeci, podkreślając, że umieć umierać to umieć żyć dla innych, wprowadzać w czyn ideały moralne, umieć w każdej chwili wyrzec się siebie. Tylko czy takie wartości znajdują uznanie w naszej konsumpcyjno-liberalnej rzeczywistości?

Otoczyć opieką, być blisko

Potrzebę autentycznej opieki personelu wobec cierpiącej i odchodzącej osoby podkreślają zarówno przedstawiciele służb medycznych, jak i członkowie

rodzin pacjentów. Opieka ta (jak pisze Koziński) nie ogranicza się tylko do problemów medycznych, ale obejmuje także sprawy psychologiczne i duchowe [20]. Nawet tak proste gesty, jak podanie dłoni, szczerzy uśmiech, ciepłe słowo czy chwila ciszy, działają kojąco. W psychologii mówi się o umiejętności wczuwania się w sytuację drugiego człowieka, zdolności do współczuwania, a także o sposobach oddziaływania.

Filozofowie dialogu mówią, że tym, co jest charakterystyczne w przeżywaniu obecności drugiego człowieka, jest współczucie z nim. Uczucia bowiem są w relacjach jednostek najważniejsze. Odczuwanie obecności drugiego, wczuwanie się w jego sytuację, uchwytowanie tego, co przeżywa, i tego, co doświadcza, to sama istota relacji z drugim człowiekiem.

W filozofii Levinasa, jak pisze Tischner, kontakt z cierpieniem innego człowieka staje się dla jednostki szczególnie ważny i źródłowy [19]. Współczując czy współodczuwając z innym, człowiek nie tylko towarzyszy mu w jego emocjach, ale zaczyna sam siebie kształtować, a jego uczucia wyłaniające się z przeżycia doświadczeń drugiego pozwalają na całościowe rozumienie nie tylko siebie, ale i tego, z kim współodczuwa. Według Maxa Schelera współczucie jest momentem, w którym człowiek wychodzi poza własny egoizm, przekracza zamknięcie własnych uczuć i świata własnej świadomości, co daje mu możliwość odkrycia drugiego człowieka (lepszego poznania i zrozumienia). Współodczucie staje się zatem przestrzenią kształtowania się człowieka.

Spotkanie z drugim człowiekiem jako wydarzenie

Jak pisze Tischner [19], dane nam jest tylko jedno rzetelne doświadczenie, w pełnym tego słowa znaczeniu, a mianowicie doświadczenie innego człowieka — spotkanie z nim. Doświadczenie poprzez spotkanie, które jest swoistym wydarzeniem mającym charakter transcendencji, gdzie poprzez kontakt z drugą osobą (doświadczenie) dochodzimy do Istoty Wyższej.

Każde spotkanie zawiera w sobie pewną liczbę aktów komunikacji. Akt komunikacji polega na przesłaniu do odbiorcy odpowiednim kanałem sygnału przedmiotu, z intencją, że odbiorca odczyta (dekoduje) jego treść. I tak, słowa zawierają nasze myśli, a ręce mają ukazać nasze idee i nastawienia. W dialogu wg Antas [21] akcja przesyłania w dłoniach argumentów ma charakter wymienny i dwustronny. Mówcy darzą się wzajemnie. Gesty mogą przyciągać, odpychać, zamykać, prowokować, mogą wzmacniać znaczenie przesyłanych informacji lub

regulować napięcie psychiczne na pożądanym poziomie. Kiedy mówimy o komunikowaniu w trakcie spotkania z drugą osobą, to niezależnie od intencji i świadomości mówiącego, każde zachowanie można traktować jako komunikację. Ważne stają się ręce, mimika twarzy, ton i intonacja mowy, dotyk. Szczególnego znaczenia nabiera twarz.

Levinas mówi: „Istnieje przede wszystkim sama szczerść twarzy, jej szczerze ekspozycje bez ochrony. Skóra twarzy pozostaje w najwyższym stopniu naga, w najwyższym stopniu obnażona. Najbardziej naga, jakkolwiek nagością dostojną. Także najbardziej obnażona: w twarzy zawarte jest istotne ubóstwo. Dowodem na to jest fakt, że usiłuje się zamaskować to ubóstwo, przyjmując pozy, postawę pewności siebie... W przejawie twarzy zawarte jest pewne przykazanie; jakby mówił do mnie nauczyciel” [22].

Twarz innego jest nam dana. Dana w ujawnieniu. Levinas mówi: „Zapewne, relacja z twarzą może być zdominowana przez percepcję, lecz to, co specyficznie jest twarzą, nie sprowadza się do percepcji”. Najlepszym sposobem spotkania bliźniego jest niezauważenie nawet koloru jego oczu! Stephan Moses w komentarzu do Rosenzweiga pisze „To właśnie w twarzy ludzkiej objawia się prawda Boża. Najwyższe doświadczenie mistyczne miesza się z wizją twarzy bliźniego” [22].

Tischner w swojej „Filozofii dramatu” tak pisze o ludzkiej twarzy [19]: „Czym jest cisza dla dźwięku, a światło dla barwy, tym jest dobro i zło dla twarzy.

Twarz zawiera w sobie odbłask idealnego piękna, idealnego dobra, idealnej prawdy... jest niepowtarzalną wzniosłością, wspaniałością człowieka. Zdolna jest porwać, zachwycić, wynieść ponad prozę świata ku poetyce istnienia. Ale jest ona także kruchością, zagubieniem, krzywdą lub biedą. Są na niej znaki minionych bólów, są miejsca dla bólów przyszłych... Tutaj ukazuje się łaża i umieranie. ...Logos twarzy — to sposób, w jaki człowiek przezwycięża perspektywę tragiczności, która pod postacią osobistego łaża, bólu i krzywdy, wtargnęła w jego egzystencję”...

Przeciwieństwem zwierciadła twarzy jest maska. Nie jest zasłoną i nie jest twarzą (jak mówi Tischner [19]). Zasłona jedynie skrywa twarz, maska kłamie. Maska stara się stworzyć uludę przeciwną do tego, jak naprawdę jest. W mniemaniu maskującego się, maska jest dla innych i z winy innych. Najczęściej mówi się o masce poczucia niezadowolenia, masce autoironii, masce świadomości cierpiętniczej. Masek domaga się samo życie społeczne. Niezadowolenie z siebie jest przejawem narastającego buntu przeciwko sobie i przeciwko tym, z winy których trzeba było nałożyć maskę.

Czasami człowiek świadomy jest tego, że nosi maskę i podejrzewa, że inni także już o tym wiedzą. Nie może jednak pozbyć się maski na stałe. Maska bowiem pozwala mu utrzymać się na arenie jakiegos świata, chociaż stanowi dla niego źródło niepokoju, a nawet cierpienia.

Kępiński zauważa „Paradoks maski polega na tym, że za jej pomocą osiąga się efekt wręcz odwrotny do zamierzonego. Zakłada się maskę, aby być samemu spokojniejszym i by uspokoić otoczenie, osiąga się zwiększony niepokój własny i otoczenia” [23]. I dalej: „Źródłem głównym maski jest lęk. Wtrąca on człowieka w taką przestrzeń obcowania, w której strukturą dominującą jest struktura przeciwieństwa: drugi jest *a priori* moim wrogiem i aby się przed nim uchronić, muszę się schować w przygotowaną kryjówkę. Maska to wygląd człowieka przez okno kryjówki”.

Kontakt z drugim — znaczenie pytania

Pytający i pytany — to związek dialogiczny człowieka z człowiekiem. W sytuacji terapeutycznej ma on charakter szczególny, nierzadko wątek dramatyczny. „Ja — zapytany (pisze Tischner) wiem dzięki pytaniu, które do mnie doszło, że inny człowiek jest przy mnie obecny, ale wiem również, że i ja jestem przy nim” [19].

Pytanie to swoista odmiana prośby. Prośba zaś wynika z jakiejś biedy. Gdyby nie było biedy świata, to według Tischnera nie byłoby próśb i nikt by nikogo o nie pytał. Człowiek w sytuacji choroby, zwłaszcza ciężkiej, doświadcza szczególnej biedy, której całkowicie zapobiec się nie da, ale którą można zmniejszyć poprzez zbliżenie się z drugą osobą. Pytanie wymaga zbliżenia, zwłaszcza tego duchowego, bieda wyrażona w pytaniu domaga się miłosierdzia. Ten staje się mistrzem odpowiedzi, kto sam doświadczył biedy, kogo mądrość ma swoje korzenie w świadomości tragedii. Prawdziwa jednak pomoc pytającemu nie przychodzi poprzez bezpośrednią odpowiedź, ale prawdziwym pouczeniem jest pytanie. Być mistrzem to nie znaczy mnożyć odpowiedzi, lecz umieć stawiać pytania podstawowe, kluczowe (jak w filozofii Sokratesa czy św. Augustyna).

Odpowiadam na pytanie, bo pytanie było prośbą i wezwaniem, a to czyni mnie etycznie odpowiedzialnym. Milczenie byłoby według Tischnera aktem pogardy. Spełniając prośbę pytającego, uświadamiam sobie, co znaczy być dobrym. Kiedy udzielam odpowiedzi, wchodzę we wzajemność. Czy w tej wzajemności dominuje dobro, czy też prawda?

Nietzsche stwierdza, że fałsz, który służy życiu, jest wyższą wartością niż prawda, która życiu się sprzeciwia.

Jednak w kłamstwie naruszona jest wzajemność! Kłamiący musi być szczególnie czujny, stąd napięcie i niepokój, że jest się bacznie obserwowanym. Paradoxem dialogu kłamstwa — pisze Tischner — jest to, że nie jest on możliwy bez równoczesnego dialogu prawdomówności. Zewnętrznemu kłamstwu musi towarzyszyć wewnętrzna prawdomówność. „Aby kłamać innemu, muszę sobie mówić prawdę; inaczej kłamstwo byłoby niemożliwe. Aby wiedzieć, jak prawdę ukryć, trzeba ją mieć stale na oku” [19]. Na tej płaszczyźnie należy rozważać posługiwanie się informacją o tym, co się dzieje i co może się przydarzyć osobie cierpiącej.

Informacja powinna być:

- przekazana w sposób dla osoby zrozumiały i dostępny;
- dostosowana do poziomu wykształcenia i wiedzy.

Informacja to jednocześnie uspokojenie pacjenta oraz przekazanie mu częściowej kontroli nad stanem własnego zdrowia.

Steward Alsop uważa, że „...pacjentowi powinno się powiedzieć prawdę i tylko prawdę — ale nie całą prawdę”, bowiem „człowiek, który musi umrzeć, umrze łatwiej, jeśli zostawi mu się maleńką iskierkę nadziei”...

Refleksje końcowe

Idąc za Teilhardem de Chardin [24], spróbujemy spojrzeć na zjawisko śmierci przez pryzmat jego słów: „Wszyscy się starzejemy i wszyscy umrzemy. Znaczący to, że w tym czy innym momencie — niezależnie od tego, jak silny byłby nasz sprzeciw — odczuwamy, że napór sił destrukcyjnych, któremu się przeciwstawialiśmy, zwycięża powoli nasze siły życiowe i pokonuje nas fizycznie. Lecz jak możemy przegrać walkę, skoro Bóg walczy wraz z nami? Co oznacza ta porażka?”.

I dalej: „Ponieważ ostateczne zwycięstwo dobra nad złem może nastąpić tylko w całościowej organizacji świata, przeto nasze indywidualne egzystencje, nieskończenie krótkie, nie będą mogły skorzystać na tym padole z dobrodziejstwa Ziemi Obiecanej. Podobni jesteśmy żołnierzom ginącym w czasie szturmów, który przyniesie pokój. Bóg więc nie zostaje zwyciężony w następstwie naszej klęski, gdyż jeśli nawet się wydaje, że zostaliśmy pokonani indywidualnie, to jednak świat, w którym rozpoczniemy nowe życie, zwycięża przez naszą śmierć”. (...) „Tak jak artysta, który potrafi wykorzystać skazę lub nie-

doskonałość materiału, aby wydobyć z rzeźbionego kamienia lub odlewanego brązu bardziej wyszukane linie lub piękniejszy dźwięk, tak samo Bóg — jeśli Mu tylko zawierzymy z miłością — nie oszczędzając nam stopniowego umierania ani ostatecznej śmierci, stanowiących w zasadzie część naszego życia, przeobraża je, włączając je w całość doskonałego planu”...

„Dla tych, którzy szukają Boga, nie wszystko jest dobre bezpośrednio, lecz wszystko może się takim stać” [17].

Omnia conventur in bonum!

Wybrane piśmiennictwo

1. Dossey L. Słowa, które uzdrawiają. Siła modlitwy a praktyka medyczna. Wyd. Jacek Santorski, Warszawa 1993.
2. Frankl V.E. Homo patients. Instytut wydawniczy PAX, Warszawa 1984.
3. Obuchowski K. Psychologia dążeń ludzkich. PWN, Warszawa 1966.
4. Chrostowski W. Godność człowieka umierającego-potrzeby duchowe. W: Bołoz W., Ryś M. (red.). Między życiem a śmiercią. Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa 2002; 135–156.
5. Kuryłowicz J. Radzenie sobie z własną chorobą. Wyd. Verba, Lublin 2006.
6. Selye H. Stres życia. PZWL, Warszawa 2004.
7. Scheier M.F., Carver Ch.S. Optimism, pesymism and stress. Encyclopedia of stress. Second Edition, Vol. 3. Acad. Press, NY 2007.
8. Łosiak W. Podstawowe koncepcje stresu. Zeszyt Nauk. UJ 1995; 12: 13–21.
9. Mechanic D. Students under stress. The Free Press of Glencoe, NY 1962.
10. Reykowski J. Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego. PWN, Warszawa 1966.
11. Tomaszewski T. (red.). Psychologia. PWN, Warszawa 1975.
12. Hobfoll S.E. Conservation of Resources. A New Attempt at Conceptualizing Stress. Am. Psychol. 1989; 44: 513–524.
13. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal and coping. Springer, New York 1984.
14. Lipowski Z.J. Physical illness, the individual, and the coping process. Psychiatry Med. 1970; 1: 91–102.
15. Endler N.S., Parker J.D.S. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. J. Psychol. Social Psychol. 1990; 58: 844–854.
16. Bołoz W. Etyka chrześcijańska wobec problemów końca życia. W: Bołoz W., Ryś M. (red.). Między życiem a śmiercią. Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa 2002; 119–134.
17. Kübler-Ross E. Rozmowy o śmierci i umieraniu. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1979.
18. Hegel G. Fenomenologia ducha. PWN, Warszawa 1965.
19. Tischner J. Filozofia dramatu. Editions du Dialogue, Paris 1990.
20. Kozielecki J. Psychologia nadziei. Wydawnictwo Akademickie „ŻAK”, Warszawa 2006.
21. Antas J. Co mówią ręce. Wprowadzenie do komunikacji niewerbalnej. Sztuka Leczenia. 2000; 2: 37–51.
22. Levinas E. Totalite et Infini. Essai sur l'exteriorite, La Haye 1986.
23. Kępiński A. Poznanie chorego. PZWL, Warszawa 1978.
24. Teilhard de Chardin P. O szczęściu, cierpieniu, miłości. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1981.