

Agnieszka Reszelska<sup>1</sup>, Alina Orzoł<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Wydział Nauk o Zdrowiu PWSZ w Płocku

## CIERPIENIE

### Suffering

#### Streszczenie

##### Wstęp

Istotą rozważań poprzez zdefiniowanie problemu cierpienia, w kontekście filozoficznym, medycznym i etycznym jest głębsze zrozumienie ludzi dotkniętych chorobą.

##### Cel

Założeniem niniejszej publikacji jest dokonanie charakterystyki problemu jakim jest cierpienie pacjenta we współczesnym świecie, w oparciu o religię i naukę.

##### Przegląd

Kompleksowo przytoczono główne problemy z jakimi borykają się pacjenci dotknięci cierpieniem w sferze psychicznej i fizycznej.

##### Podsumowanie

Problem obcowania z cierpieniem jest złożony i wielopłaszczyznowy, zarówno dla ludzi dotkniętych tym zjawiskiem, jak i dla ludzi zawodowo predysponowanych do niesienia pomocy w obszarach duchowych i somatycznych.

**Słowa kluczowe:** cierpienie, choroba, emocje

#### Abstract

##### Introduction

The present paper aims at deliberating the issue of suffering by defining the problem itself in the philosophical, medical and ethical context in order to gain a deeper understanding about people touched with the condition.

##### Aim

The main meaning of this publication is to define patient's suffering in the contemporary world, based on religion and science.

##### Overview

Major physical and mental problems with patients struggling with the ailment have been described from different angles.

##### Conclusion

The problem of being in touch with suffering is very complex not only for the people who suffer but also for the professionals predestined to help in mental and somatic areas.

**Key word:** suffering, illness, emotions

### Wstęp

Cierpienie w wymiarze holistycznym nikomu nie jest bardziej bliskie niż ludziom, którzy swoje zawodowe życie zadedykowali pracy związanej z opieką nad ludźmi chorymi.

#### Cierpienie – aspekt duchowości

*„Jest taka cierpienia granica, za którą się uśmiech pogody zaczyna”*  
[Miłosz, 2014].

*„Tak pokorny stałem się w mym cierpieniu...”*  
[Dante, 2009].

Człowiek jest czymś więcej niż tylko bytem biologicznym. Człowiek jest jednością psychosomatyczną, w ramach której zależności między cielesną i duchową naturą są obustronne. Sensem filozofii historycznie zmiennym

(materializm, realizm, mistycyzm, idealizm) były zawsze rozważania na temat źródeł ludzkiego poznania, zasad wartościowania, istoty życia, poglądu na świat.

Szczepański, socjolog i filozof twierdzi, że sztuka życia jest przede wszystkim wiedzą o sobie samym w kontekście radzenia sobie z cierpieniem. Szczęście nie polega na braku cierpienia, gdyż tego nikt nie uniknie. Cierpienie jest „dobrem powszechnym”. Jest udziałem wszystkich ludzi, we wszystkich swoich postaciach – cierpienia fizycznego spowodowanego stratą, upokorzeniem, nierozładowanym napięciem; cierpienia ambicjonalnego, cierpienia spowodowanego niemożnością zaspokojenia potrzeb.

Inaczej mówiąc - cierpienie jest nieodłącznym czynnikiem ludzkiej egzystencji, o czym wiedzieli już starożytni filozofowie. Stoicy – Seneka, a później Spinoza, określali szczęście jako umiejętność radzenia sobie z cierpieniem. Boimy się cierpieć, lecz z istoty naszego działania wynika, że je nieustannie zadajemy zarówno sobie, jak i innym. Jest to właściwość natury ludzkiej, która mimo ewolucji, nie została zmieniona przez tysiące lat. [Szczepański, 1974].

### Cel

Założeniem niniejszej publikacji jest dokonanie charakterystyki problemu, jakim jest cierpienie pacjenta we współczesnym świecie, w oparciu o religię i naukę.

### Przegląd

Nie można wyzwolić człowieka od jego wewnętrznych napięć, od jego dążeń, często trudno osiągalnych lub w ogóle nieosiągalnych, a więc z natury rzeczy związanych z cierpieniem. Nie można znieść wrażliwości organicznej na cierpienia biologiczne czy fizjologiczne, nie można uchylić cierpień wywołanych chorobą, ambicją, próżnością, miłością, podłością, czy też – jak to się w historii zdarzało – dążeniem do czynienia dobra powszechnego.

Wszystkie optymistyczne filozofie głoszące likwidację cierpienia są filozofiami oszustwa. Cierpienie bowiem jest nieuniknione, jest istotnym elementem naszego życia, świadomość konieczności i stałej obecności śmierci. Na takiej logice polega idea realizmu życiowego – nie łudzić się, lecz wyważać proporcje między szczęściem a cierpieniem i stwierdzić, co jest możliwe, a co nie? i zgodnie z tym stawiać sobie cele: żyć- dążyć- działać, znajdując wewnątrz „światło i drogę”, aż po wyczerpanie i śmierć.

Na gruncie filozofii zrodziły się religie, które odpowiadają na potrzebę duchowych doznań człowieka. Punktem odniesienia w religiach (chrześcijaństwo, judaizm, buddyzm, islam, religie wschodu) jest Bóg pojmowany jako byt transcendentny, osobowy.

W tym aspekcie Ks. Twardowski odnajduje odpowiedź na najtrudniejsze pytania - Co znaczy być zbawionym?

*”To oznacza być uratowanym od rozpacz”. Na świecie istnieją dwa potwory, których każdy człowiek się boi.*

*Cierpienie i śmierć. A cierpienie?*

*Krzyż jest nie tylko symbolem cierpienia, ale również znakiem miłości, nadziei wiary. Cierpienie może nie być nieszczęściem, ale i doświadczeniem, które ma pomóc człowiekowi w dojrzwaniu.*

*Bowiem słabość przeżywana z Bogiem, jest siłą.*

*Droga Krzyżowa może budzić nadzieję, jeśli zrozumie się, dlaczego Jezus cierpiał. W cierpieniu, kalectwie, brzydocie, można odkryć ukrytą wartość, niewidoczne piękno. To co wydawało się klęską, może stać się ratunkiem. Bóg nigdy nie zostawia człowieka bez innego rozwiązania (kiedy Bóg drzwi zamyka, to otwiera okno).*

*Radość wiary, moc miłości, ukaże się wtedy, kiedy człowiek w swoim w swoim zranionym sercu przebaczy Bogu, że go doświadcza. Przebaczy i podziękuje za cierpienie, „a wtedy wszystko, co było cierpieniem staje się drogą”. [Ks. Twardowski, 1999].*

Ks. Twardowski pokazuje, że wcale nie mocne „Ja”, kreowane przez psychoterapię XX wieku ma moc. Przeciwnie siłą staje się cisza, pokora i miłość. [Ks. Twardowski, 1999].

W tym kontekście nasuwa się obraz cierpienia, jakiego doświadcza Michał Anioł, tworząc w Kamieniu swoje wiekopomne dzieła. Jego „Pieta” jest wciąż najdoskonalszym wyrazem – syntezą – ludzkiego cierpienia, jakie udało się stworzyć człowiekowi na przestrzeni dziejów. Swoje mistrzostwo okupił cierpieniem „... Bracie Timoteo – pyta Michał Anioł – co to jest prawdziwa radość?..”

*To wielka tajemnica pokory wszystko bowiem co daje siostrzyczka boleść, a ona nas tak kocha że jest zawsze z nami, powinniśmy zność z miłością i oddaniem. A wówczas cierpienie człowieka zmieni się w doskonałą radość [Schulz, 1974].*

Śmierć niczego nie zamyka, przeciwnie jest bramą prowadzącą do dalszego życia. Dramat w świetle wiary nabiera nowego znaczenia.

Najpiękniejsza Księga o śmierci w literaturze pięknej ostatnich lat jest refleksją starego lekarza.

*„... Boże tyle darów otrzymałem z twojej hojnej ręki, dałeś mi oczy śmiejące, lub pełne łez, serce bijące z tęsknoty lub litości, dałeś mi nadzieję, dałeś sen. Sądziłem, że ofiarowałeś te dary na zawsze. Myliłem się, była to tylko pożyczka...*

*Panie światła! Niech stanie się według woli twoje, Pan dał, Pan wziął, niech imię jego będzie pochwalone...*

*Idę w krainę, której nie znam. Nie wiem, co mnie w niej czeka. Dziwne opowieści o niej słyzałem, ale są to jedynie opowieści, nikt bowiem z ludzi, którzy odeszli nie wrócił, aby nam opowiedzieć, co widział.*

*Tylko jeden jedyny mógł nam zdradzić tajemnicę, lecz był on Synem Boga i wrócił do swego Ojca, a usta jego zamknęło milczenie...” [Munthe, 1986].*

Inne spojrzenie na opisywane zagadnienia widzimy w religiach wschodu np.: w buddyzmie, Bóg nie istnieje. Budda, Mahomed – to prorocy. W/g tych religii, egzystencja, od początku zarażona jest bólem i cierpieniem. Zabijanie jest wpisane w strukturę świata. Jądem buddyzmu jest brak złudzeń. Świat trzeba widzieć bez naszych życzeń i licznych przywiązań. Buddyzm nakazuje oczyszczać umysł ze wszystkich namiętności, pasji, przywiązania, iluzji. Religie wschodu cierpieniem nazywają: narodziny, chorobę, starość, śmierć, niezdobycie tego, czego się pragnie. [Lewandowski, 1986].

## Cierpienie - w kategoriach emocji

*„Kto pana nauczył tego, doktorze?  
Odpowiedź padła natychmiast: Cierpienie”.*  
[Camus, 2017]

Cierpienie należy do bardzo silnych emocji, którym psychologia wyznaczyła jedną z centralnych ról w naszym życiu. Wszyscy dobrze wiemy, z własnego doświadczenia, gdy przychodzimy do podejmowania decyzji i działań, uczucie liczy się tak samo jak rozum.

Podłożem cierpienia jest zawsze ból. W krainie chorych emocji rządzi niepodzielnie; dominującą reakcją jest lęk. Choroba zwłaszcza poważna - rozwiewa złudzenia, że nasz prywatny świat jest bezpieczny. Zaczynamy nagle czuć się słabi, bezradni i bezbronni.

Problemy pojawiają się wtedy, kiedy personel medyczny ignoruje emocjonalne reakcje pacjentów, nawet jeśli troszczy się o ich kondycję fizyczną. Niezważanie na emocjonalną rzeczywistość choroby świadczy o lekceważeniu rosnącej liczby danych wskazujących na to, że stany emocjonalne odgrywają niekiedy ważną rolę w podatności na zachorowania i w powracaniu do zdrowia.

Współczesnej opiece medycznej zbyt często brakuje inteligencji emocjonalnej. Każde spotkanie z pielęgniarką, czy lekarzem może być dla pacjenta szansą uzyskania krzepiących informacji, otuchy i pociechy albo - jeśli informacje te przekazywane są nieumiejętnie - powodem do cierpienia. Tymczasem personel medyczny zbyt często spieszy się, albo odnosi obojętnie do niepokoju pacjenta.

Dominuje bowiem tendencja do stworzenia profesjonalnego świata usług medycznych, w którym wymogi instytucjonalne sprawiają, że służba medyczna nie zwraca uwagi na nadwrażliwość pacjentów, albo czuje się zbyt obciążona obowiązkami, aby się tym odpowiednio zająć” [Goleman, 1997].

W obecnym systemie opieki zdrowotnej, coraz bardziej skrzepowanym przez rozliczających personel medyczny księgowych sprawy wydają się przybierać jeszcze gorszy obrót. Oprócz argumentu humanitarnego obecnie można już dostarczyć dowodów naukowych na to, że zarówno w profilaktyce, jak i w leczeniu istnieje pewien próg skuteczności medycyny, który można podnieść, dbając o stan emocjonalny pacjentów tak samo, jak i stan fizyczny. Oceniając dane dotyczące wielu setek przypadków łatwo dostrzec, że korzyści czysto medyczne, płynące z takiego podejścia, są tak duże, że interwencja emocjonalna powinna stać się normalnym elementem opieki medycznej w poważnych chorobach.

Medycyna współczesna koncentruje się na leczeniu jednostki chorobowej –zaburzeń w działaniach narządów, pomijając chorobę - subiektywne doznania i przeżycia cierpiącego pacjenta. Pacjenci, przyjmując ten sposób widzenia swych problemów ze zdrowiem, przyłączają się często do spisku, którego celem jest ignorowanie ich własnych reakcji emocjonalnych na te problemy, albo ich bagatelizowanie jako błahych i nie mających wpływu na przebieg choroby. Podstawę tę umacnia ogólnie przyjęty model medycyny, którego twórcy całkowicie odrzucają myśl, że umysł może w jakikolwiek istotny sposób wpływać na ciało.

W jakim stopniu nasze emocje wywierają wpływ na nasze zdrowie odkrył i udowodnił w 1974r. psycholog Robert Adler stwierdzając, że system immunologiczny potrafi, podobnie jak mózg, uczyć się. Do tej pory uważano, że tylko mózg i ośrodkowy układ nerwowy mogą reagować na różne doznania, zmieniając schematy swojego działania. Odkrycie Adlera zaowocowało znalezieniem wielu połączeń, za pomocą których ośrodkowy układ nerwowy i system immunologiczny komunikuje się ze sobą. Dzięki tej sieci dróg biologiczny umysł, emocje i ciało nie są od siebie oddzielone, ale przeciwnie - blisko połączone.

Innym ważnym łącznikiem między układem nerwowym a systemem odpornościowym są hormony, które organizm wydziela pod wpływem stresu. Należą do nich aminy katecholowe: adrenalina i noradrenalina. Każdy z tych hormonów silnie oddziałuje na komórki odpornościowe, których aktywność ulega zahamowaniu. Przy silnym i długotrwałym stresie, obniżenie systemu immunologicznego prowadzi do chorób, co nie powinno być obojętne z medycznego punktu widzenia. Każdy chirurg wie, że pacjenci, którzy się boją, źle znoszą operację. Za bardzo krwawią, częściej niż u innych dochodzi u nich do zakażeń i powikłań zabiegowych. Trudniej wracają do zdrowia.

Badania dowiodły również, że przykre emocje dwukrotnie zwiększają ryzyko zapadnięcia na różne choroby: astmę, artretyzm, choroby serca, wrzody trawienne, bądź uporczywe bóle głowy.

Choć emocje negatywne są toksyczne, to przeciwstawny ich wachlarz emocji może mieć działanie w pewnym stopniu wzmacniający organizm. Nadzieja, podobnie jak i jej bliski krewny optymizm, ma moc uzdrawiania. Ludzkość weszła w erę chorób, których źródłem są emocje.

Kępiński wskazuje na lęk jako komponent każdej psychozy, począwszy od fobii, stresu, depresji, po nerwice natręctw, czy schizofrenię. Podczas, gdy ból jest czymś konkretnym, lęk jest abstrakcyjny, lecz zarówno jeden jak i drugi powoduje cierpienie. Kępiński twierdzi, że „*ważne jest nie to, co się zdarza, lecz w jaki sposób to odbierasz*” [Kępiński, 1995].

Platon określił istotę lęku jako „oczekiwanie tego, co się ma stać”, gdyż wszystkie nasze lęki są równie stare jak świat. Jednak w miarę rozwoju cywilizacji pojawiają się wciąż nowe źródła lęku. Przybywa fobii związanych z pracą i „nowoczesnym” stylem życia. Do lekarzy zgłaszają się pacjenci maniakalnie oddani pracy. Ludzie ci żyją sami, nie chcąc, aby jakikolwiek związek uczuciowy przeszkadzał im w życiu zawodowym.

Bezrobocie coraz częściej jest też przyczyną poważnych zaburzeń fizycznych i psychicznych. Psychiatrizy amerykańscy udowodnili, że pracę tracą najczęściej Ci, którzy utrzymują niewielką liczbę kontaktów z innymi i mają poczucie osamotnienia. Błędne koło się zamyka.

Zmienia się także sposób, w jaki człowiek się boi. Niegdyś, człowiek bał się Boga, który w konsekwencji był miłosierny. Dzisiaj, kiedy świat staje się coraz bardziej zależny od pieniądza, człowiek gorzej radzi sobie z lękiem. Stąd może renesans zainteresowania tzw. wiedzą tajemną, popularność astrologii, wróżek, „uzdrowicieli”.

Nauka – psychoimmunologia – bada wpływ cech osobowości na rozwój chorób. Oto co sądzą psychoimmunolodzy na ten temat:

- Do powstawania nowotworu skłania np.: nieumiejętność wyrażania uczuć, unikanie konfliktów zamiast ich rozwiązywanie. Częściej zapadają na to schorzenie ludzie smutni niż pogodni.
- Skłonność do rywalizacji, pragnienie sukcesu, „nadczułość fizyczna i psychiczna, wrogość, napięcie emocjonalne” charakteryzuje typ zawałowca
- Człowiek żyjący w nieustannym pośpiechu, zapracowany, uparty, uczuciowy, skłonny do zamartwiania się to osobowość wrzodowa
- Z kolei u pacjentów astmatycznych stwierdzono tendencje do uzależniania się od innych ludzi.
- Osoby podatne na choroby reumatoidalne, zapalenie stawów, stwardnienie rozsiane, są spokojne, zamknięte w sobie, godne zaufania, wrażliwe na krytykę i uparte.

Przeciętny Polak nie dostrzega związku między stanem zdrowia a stylem życia. Zdrowie to dla niego wartość drugorzędna. Na pytanie „*Jakie jest twoim zdaniem główne zagrożenie zdrowotne?*” u schyłku XX wieku większość odpowiedziała, że zanieczyszczone środowisko” Siebie samych nie winił prawie nikt. Niestety, wszystko wskazuje na to, że największym zagrożeniem dla zdrowia Polaka jest on sam.

W tym kontekście należy jeszcze uwzględnić rolę, jaką w leczeniu emocji powodujących ból i cierpienie pełnią psychoterapeuci. Terapeutów od samego początku uczy się, że ich pacjenci sami są odpowiedzialni za swoje życiowe dylematy. Dojrzały terapeuta nigdy nie przyjmuje za dobrą monetę opowieści pacjentów o tym, jak źle traktują ich inni ludzie, wręcz przeciwnie, rozumieją, że jednostki zawsze w pewnej mierze są współtwórcami swojego otoczenia i to, że te związki są zawsze wzajemne.

„*Wszyscy jesteśmy towarzyszami w cierpieniu i wszyscy potrzebujemy tolerancji i miłości naszych bliźnich* - Schopenhauer”

Istnieje również terapia zorientowana na ciało, która najtrafniej pozwala poznać siebie. Zgodnie z jej koncepcją choroba, której sygnałem jest ból ma skłonić świadomość do poszukiwania prawdziwych przyczyn konfliktu na poziomie emocji i umysłu. Aby wyzdrowieć trzeba znaleźć ten konflikt i go rozwiązać. Ostatnie doświadczenia fizyków kwantowych świadczą o tym, że ciało i umysł nie są odrębnymi bytami, ponieważ pozostają ze sobą w podobnej relacji jak bateria i energia. Nie ma podstaw do traktowania ciała jako niezależnej od umysłu przestrzeni. Patrzymy na nie jak na dwie strony tego samego medalu. Czy to, w którym miejscu odczuwamy dyskomfort, ma znaczenie dla zrozumienia naszej podświadomości. Każda przestrzeń ciała poprzez swoją funkcję, specjalizuje się w dostarczaniu świadomości (umysłowi) pewnego rodzaju doznań i emocji.

- Miednica – specjalizuje się w informacjach dot. potrzeb seksualnych i doboru partnerów.
- Obszar splotu słonecznego i przepony dostarcza motywacji w dążeniu do celu i poziomie niepokoju, frustracji z tym związanych oraz budowaniu swojej popularności i wpływie wywieranym na innych .
- Obszar serca, dostarcza umysłowi informacji o konfliktach emocji i sumienia.
- Gardło – o poziomie wstydu i rozpacz
- Plecy, kręgosłup – o przeciążeniach związanych z odpowiedzialnością.
- Nogi – o zagrożeniu poczucia wolności i autonomii.
- Ręce – o motywacji do działania, o bezradności i sprawności. [Goryniak, 2009].

### Czy cierpienie jest emocją toksyczną ?

„*W ludzkiej psychice, od zawsze, tkwi mit raju utraconego, który jest mitem podstępny*”.  
[Rudzińska, 2000].

Z naukowego punktu widzenia – tak, aczkolwiek psychologia zna pojęcie cierpienia altruistycznego. Myślmy, że inni ludzie powinni czynić nasze życie rąjskim? Ponieważ jednak nasi bliscy, przyjaciele, pracodawcy, a nawet sam Pan



Bóg, nie spełniają naszych oczekiwań, staje się to przyczyną naszych nieustannych złości, zmartwień, wręcz cierpienia. Wydaje się to tak bolesne, że jedynym sposobem tłumienia bólu i zapewnienia sobie poczucia bezpieczeństwa jest ucieczka w nałóg: alkohol, narkotyki, pracę lub chorobę. W dłuższej perspektywie wywołują one jeszcze większe szkody w postaci bezradności, bezwartościowości, beznadziei.

Jeśli przekroczymy ten mit, poznamy, że ból, cierpienie, niedostatek i śmierć są częścią naszego życia. To doprowadzi nas do odnalezienia oparcia w sobie, do ufności i wiary, że mamy wszystko, co nam potrzebne do miłości i współczucia.

Ból i cierpienie mogą być darem, jeśli uznamy je za ważne informacje o nas samych. Jeśli spotkamy się z naszym najgorszym lękiem, to uwolnimy się od paraliżującej potrzeby ustawicznego bycia bezpiecznym. Jeśli przetrwamy spotkanie z tym, co wydaje nam się najgorsze, wówczas zyskujemy wiedzę i doświadczenie, że możemy sobie poradzić ze wszystkim.

Wiele osób, którym wydarzyło się to „najgorsze” mówi o wszechogarniającym spokoju i wolności, mimo, że zmierzali się z tym co najtrudniejsze i przetrwali.

Sposób w jaki radzimy sobie ze śmiercią i cierpieniem, odzwierciedla naszą reakcję na wszystkie większe i mniejsze śmierci w naszym życiu: począwszy od utraty kogoś bliskiego, poprzez chęć zatrzymania czasu i żal po niewykorzystanych okazjach, na chęci posiadania przedmiotów materialnych kończąc. Kiedy odchodzi ktoś bliski, mamy szansę obudzić się.

Zamiast myśleć: „*Będę żyć wiecznie*”, zadajemy sobie pytania: „*co robię*”, jakie jest moje życie? po co żyję? Ból może być siłą napędzającą rozwój i zmianę. Wyrastamy ze starych nawyków, zachowań, sposobów myślenia. Czasami opuszczamy kogoś, jakieś miejsce lub pracę. Wyrastanie ze starego niesie nam nowe możliwości, wtedy otwieramy się na przyszłość w takich chwilach poznajemy bliżej siebie. Spod mgły wszystkich „powinam”, „należy”, „trzeba” zaczyna wyłaniać się obraz nas samych. Tożsamość nie jest określona przez to, co „powinam” lub „mogłabym”, lecz fakt, że wiem, co czuję i wiem, czego chcę. Wówczas oswojam cierpienie.

## Ku medycynie, która ukazuje troskę

*„Cierpienia i umierania nie należy się bać. Może być ono bowiem najwspanialszym doświadczeniem waszego życia.*

*Wszystko zależy od tego, jakie było wasze życie”.*

*„Wszystko możecie znieść, gdy macie w sobie miłość”*

[Kubler-Ross, 2000].

Dzisiejsza medycyna nie zaspakaja wielu potrzeb pacjentów. Przebywanie w szpitalu w charakterze pacjenta może być traumatycznym przeżyciem, napełniającym chorego poczuciem osamotnienia i bezradności. Dlatego niektóre szpitale zaczęły przygotowywać specjalne pokoje, w których mogą przebywać z chorymi członkowie rodzin, troszcząc się o nich tak, jak w domu.

Ważną wartością medyczną jest również zdolny do empatii lekarz czy pielęgniarka, którzy potrafią słuchać i mówić tak, aby ich słuchano. Jest to równoznaczne z wykształceniem, „opieki koncentrującej się na więzi osobistej”, z uświadomieniem sobie, że związek między lekarzem a pacjentem jest sam w sobie znaczącym czynnikiem leczenia.

Pocieszenie przez lekarza czy pielęgniarkę przygnębionego pacjenta, dodawanie mu otuchy jest krokiem ku bardziej ludzkiej opiece, lecz wciąż można zrobić więcej. Coraz częściej chorzy poszukują medycyny humanitarnej, ale troskliwą opiekę jest coraz trudniej znaleźć, mimo danych, że pacjenci, których poddano terapii antydepresyjnej opuszczali szpital wcześniej, niż Ci, u których nie leczono depresji. Opieka medyczna lekceważąca „to co czujemy”, kiedy walczymy z cierpieniem, jest nieodpowiednia. To co jest teraz wyjątkiem, może i powinno - stać się regułą i sprawić, że medycyna stanie się bardziej humanitarna.

*„Współczucie - jak ujął to jeden z pacjentów w liście do swego Chirurga- nie jest tylko podaniem ręki, jest dobrym leczeniem”.*

Elizabet Kubler-Ross - uznana na całym świecie- lekarka w dziedzinie psychiatrii, tanatolog i terapeutka. Autorka „Rozmowy o śmierci i umieraniu” i „Koła życia” - przez całe swoje życie pracowała z nieuleczalnie chorymi, oraz umierającymi starszymi ludźmi i walczyła o godną śmierć każdego człowieka. Służyła im radą i pomocą, organizowała legendarne już seminaria na temat śmierci i umierania.

W swoich publikacjach skupia się na bogatych przeżyciach wewnętrznych pacjentów, wywołanych cierpieniem. Pragną oni, by ktoś życzliwy zechciał ich wysłuchać, zrozumieć i pomóc oczekując od lekarza szczerości, troskliwości i serdeczności, a także umiejętności wsłuchiwanie się w cierpienie umierających i wspomaganie ich.

Kubler-Ross nie ograniczała się do zmiany podejścia lekarzy do pacjentów traktowanych często przedmiotowo. Pozwoliła również wypracować wnioski dotyczące postaci chorych wobec zbliżającej się śmierci i wyodrębnić etapy przystosowania się do zmagania z ciężką i postępującą chorobą prowadzącą do zgonu. [Kubler - Ross, 2000]

I etap - zaprzeczenie i izolacja, poprzedzony przykrymi doznaniem (pustka, odrętwienie, wypieranie prawdy o chorobie).

Badania autorki wykazały, że chorym należy przekazywać niepomyślne informacje możliwie wcześniej, gdy nie są jeszcze słabi i wyczerpani, uwzględniając stopień ich dojrzałości i zdolność pojmowania w sposób delikatny i w takim

zakresie, jaki wyznacza sam pacjent. Zatajanie prawdy i karmienie chorego fałszywą nadzieją sprawia, że między pacjentem a jego bliskimi i personelem medycznym powstaje szklana ściana. Takie postępowanie pozbawia chorego autonomii, uniemożliwia wspólne przeżywanie żalu, ale i radości z każdego darowanego dnia. Utrudnia przygotowanie się do umierania, wiedzie do frustracji i jeszcze większego cierpienia. Jest sprzeczne z dobrem pacjenta.

II etap - gniew - wyzwalany uświadomieniem prawdy o postępującej śmiertelnej chorobie, jest wyrazem buntu, protestu, poczucia niesprawiedliwości i często zazdrości w stosunku do tych, którzy nadal mogą cieszyć się urokami życia. To wielkie rozżalenie, stanowiące istotę bólu egzystencjalnego, znajduje wyraz w zadawanych pytaniach, na które nie istnieją żadne sensowne odpowiedzi. Szacunek i pokora nakazują ograniczyć się jedynie do wysłuchania chorego i towarzyszenia mu w cierpieniu.

III etap - targowanie się - przypomina zachowanie dziecka proszącego rodziców o wybaczenie i nagrodę za dobre sprawowanie. Wielu chorych traktuje swoje cierpienie jako karę Bożą, pokutę za grzechy i złe uczynki. Proszą Boga o wybaczenie i odmianę swego losu. Obiecują poprawę. Inaczej mówiąc, oczekują cudownego wyleczenia, lub choćby zahamowania postępów choroby, przedłużenia życia, uśmierzenia cierpienia. Na drodze ku śmierci chory często ustala sam termin różnych ważnych wydarzeń np.: pragnie doczekać rocznicy ślubu, narodzin wnuka itp.

IV etap - smutek - przygnębienie i depresja towarzyszy poczuciu wielkiej straty, uświadomienie sobie nieodwracalności choroby na jego drodze do śmierci. Ciało, przestaje służyć. Zmienia się niekorzystnie wygląd, coraz trudniej poruszać się, dbać o higienę. Dochodzi do utraty roli w rodzinie, społeczeństwie.

Depresja łączy się z lękiem przed zniedołężnieniem i narastającym bólem. Uświadomienie sobie zmian dotyczących wszystkich obszarów osobowości jest powodem wszechogarniającego cierpienia. Dodatkowym czynnikiem stresującym jest obojętność i aroganckie, odbierające choremu godność zachowanie personelu medycznego. Smutek i depresja łączy się z brakiem jakiegokolwiek nadziei, przekonaniem, że na nic nie można już liczyć. Chorzy w tym okresie często proszą o eutanazję lub wspomaganą samobójstwo. Kryje się za tym prośba o troskliwe, serdeczne zapoznanie się z ich cierpieniami i duchowe wsparcie.

Dom lub hospicjum stanowią znacznie lepsze miejsce do umierania niż szpital. Przyjazne otoczenie, włączenie dzieci, młodych ludzi do opieki nad ciężko chorymi, obecność oddanej, wybranej przez chorego osoby, stale dostępna specjalistyczna opieka medyczna zapewniająca uśmierzenie przykrych dolegliwości, wizyty Kapłana, zaspakajanie zainteresowań (cicha muzyka, czytanie) i zachcianek, okazywanie choremu, że nadal jest ważną osobą, sprzyja zmianie nastroju, przywróceniu wiary w to, że każdy dzień może być darem. Te wszystkie działania pomagają w budowie porozumienia między chorym a jego rodziną, na ogół oddzielonych od siebie ścianą milczenia.

V etap - pogodzenia się, jest najważniejszym okresem życia, gdy umierający przygotowuje się na spotkanie z nieznanym, nie zazdrości już żyjącym urokom życia, nadal jednak boleje nad utratą drogich jego sercu osób i miejsc.

Mimo rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej zrozumienie ważności zapewnienia wszechstronnej opieki osobom cierpiącym jest ciągle w Polsce niedostateczne.

Słowa „śmierć” i „umieranie” są wypierane, a cierpienie terminalne chorych i ich bliskich ignorowane, mimo, że śmierć jest częstym zjawiskiem i dotyczy ponad 500 tys. osób w skali roku. [Kubler Ross, 1998].

Wysoko rozwinięta w Kanadzie, USA, Australii, Wielkiej Brytanii edukacja w zakresie tanatologii jest w Polsce nadal w powijakach. Zaledwie w kilku uczelniach studentów uczy się nie tylko wykonywania sekcji zwłok i anatomii, fizjologii i patofizjologii, ale również przygotowuje do opieki paliatywnej.

W świetle psychotanatologii lekarz widzi w pacjencie człowieka cierpiącego zarówno fizycznie jak i psychicznie. Nierozpoznawalne i lekceważone są zwłaszcza duchowe doznania chorego i jego bliskich w obliczu śmierci i osierocenia. Niedostrzegana jest również samotność umierającego. Określony jako przypadek beznadziejny, nie rokujący nadziei na wyzdrowienie, kończy życie na korytarzu szpitalnym, w izolacji, bez swoich bliskich, księdza i personelu medycznego, zajętego diagnozowaniem i leczeniem chorych, którym medycyna może jeszcze pomóc. Hospicja są tym miejscem, gdzie opuszczonym, bezradnym chorym, pozbawionym u kresu życia godności, personel medyczny i wolontariusze poświęcają swe siły poprzez leczenie ich duszy.

### Podsumowanie

Życie ciągle dostarcza nam pokarmu nie tylko dla ciała, naszych emocji i myśli, ale karmi również naszą duchowość, abyśmy umieli i mogli wykorzystać te nadarzające się okazje do wzbogacania naszej osobowości, zrozumieli sens i istotę ziemskiej wędrówki, a spotkania z cierpiącymi w szpitalach i hospicjach nauczyły nas lepiej rozumieć ludzkie emocje- cudze i swoje. Byśmy stawali się ludźmi czyniącymi dobro.

### Piśmiennictwo

1. Camus Albert. 2017. *Dżuma*. Warszawa: Wydawnictwo PIW.
2. Dante Alighieri. 2009. *Boska Komedia*. Warszawa: Wydawnictwo Greg.
3. Goleman Daniel. 1997. *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina: 261.
4. Goryniak Martyna. 2009. *W głębinach depresji*. Charaktery nr 9.
5. Kępiński Antoni. 1995. *Lęk*. Warszawa: Wydawnictwo Sagittarius.
6. Ks. Twardowski Jan. 1999. *Jak tęcza co sobą nie zajmuje miejsca*. Warszawa: Wydawnictwo PIW.

7. Ks. Twardowski Jan. 1999. *Wiersze. Zgoda na Świat*. Warszawa: Wydawnictwo Prószyński i Prószyńska.
8. Kubler Ross Elizabeth 1998. *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Poznań: Wydawnictwo: Księgarnia Św. Marcina.
9. Kubler Ross Elizabeth. 2000. *Koło Życia*. Warszawa: Wydawnictwo Świat Książki.
10. Lewandowski Edmund. 1986. *Religie Dalekiego i Środkowego Wschodu*. Łódź: Biblioteka Religioznawstwa.
11. Miłosz Czesław. 2014. *Walc. Poezje wybrane*. Warszawa: Wydawnictwo Ossolineum.
12. Munthe Axel. 1986. *Księga z San Michele*. Katowice: Wydawnictwo Śląsk: 384.
13. Rudzińska Iza .2000. *Tęsknota za rajem*. Charaktery nr 3.
14. Schulz Karol. 1974. *Kamień i cierpienie*. Warszawa: Wydawnictwo Państwowy Instytut Wydawniczy: 249.
15. Szczepański Jan. 1974. *Sprawy ludzkie*. Warszawa: Wydawnictwo PIW.