

WIELOWYMIAROWOŚĆ CIERPIENIA

Repozytorium



UMK

WIELOWYMIAROWOŚĆ CIERPIENIA

POD REDAKCJĄ NAUKOWĄ
JÓZEFA BINNEBESELA, JACKA BŁESZYŃSKIEGO,
ZBIGNIEWA DOMŻAŁA



WYDAWNICTWO NAUKOWE
WYŻSZEJ SZKOŁY EDUKACJI ZDROWOTNEJ W ŁODZI

ŁÓDŹ 2010

Repozytorium



UMK

RADA REDAKCYJNA
dr hab. Jacek Bleszyński, prof. WSEZ
dr Dobrosław Bilski
dr Urszula Anna Domżał
dr Zbigniew Domżał
dr hab. Stanisław Lipiński

RECENZENCI
dr hab. Teresa Żółkowska, prof. US
dr hab. Jarosław Rolewski, prof. UMK

PROJEKT OKŁADKI
Damian Orczykowski

REDAKCJA I KOREKTA
Mirosława Buczyńska

© Wydawnictwo Naukowe
Wyższej Szkoły Edukacji Zdrowotnej w Łodzi
Łódź 2010

ISBN 978-83-61095-02-6

WYDAWCA
Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi
ul. hm. A. Kamińskiego 21, 90-229 Łódź
tel. + 48 42 678-78-25; tel./fax: + 48 42 678-78-24

DRUK I OPRAWA
PRINTPAP
ul. Starorudzka 10/12, 93-418 Łódź
tel. + 48 42 645 03 39



Pamięci Wojtka
(1966–2008)

Repozytorium



UMK

SPIS TREŚCI

WSTĘP IRENA OBUCHOWSKA	11
BIOLOGICZNO-MEDYCZNY WYMIAR CIERPIENIA	13
BOŻENA WITEK, ADAM KOŁATAJ	
CIERPIENIE I BÓL	15
MARIUSZ WIRGA, EWA WOJTYNA	
UDRĘKI ZDROWEGO UMYSŁU. NEUROPSYCHOLOGIA CIERPIENIA	31
ALEKSANDER ARASZKIEWICZ, WOJCIECH KOSMOWSKI	
CIERPIENIE W ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH	53
DARIUSZ GALASIŃSKI	
CIERPIENIE I PSYCHOPATOLOGIA DEPRESJI	63
MARIA GALUSZKO	
MOŻLIWOŚCI ŁAGODZENIA DEPRESJI ZA POMOCĄ TERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ	77
MIROSLAW DĄBKOWSKI	
BIOETYCZNE ASPEKTY BULLYINGU – PRZEMOCY RÓWIEŚNICZEJ	85
JUSTYNA ZIÓŁKOWSKA	
PRZESTRZEŃ DLA CIERPIENIA PACJENTA W TRAKCIE PIERWSZEGOWYWIADU PSYCHIATRYCZNEGO	103
ANNA RATAJSKA	
LĘK U CHORYCH Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA	117
ALICJA SZMAUS-JACKOWSKA	
CIERPIENIE W OKRESIE STAROŚCI	135
FILOZOFICZNO-KULTUROWY WYMIAR CIERPIENIA	155
JOLANTA ŻELAZNA	
POGUBIENI – OCALENI?	157
JAROSŁAW MICHALSKI	
SENS CIERPIENIA W PERSPEKTYWIE ANALIZY EGZYSTENCJALNEJ. PROPOZYCJA VIKTORA FRANKLA	183

BOGUSŁAW BŁOCK CZAS NIE LECZY RAN. JAK PRZEŻYĆ ŻAŁOBĘ, BY NA POWRÓT UMIEĆ CIESZYĆ SIĘ ŻYCIEM WEDŁUG MANU KEIRSE	193
MIROŚLAW MRÓZ „BOŻE MÓJ, BOŻE MÓJ, CZEMUŚ MNIE OPUŚCIŁ?” (MT 27, 45). SAMOTNOŚĆ I LĘK CZŁOWIEKA CIERPIĄCEGO ODCZYTANE W ŚWIETLE NIEKTÓRYCH INTUICJI TEOLOGICZNYCH ŚW. TOMASZA Z AKWINU	209
CZESŁAW KUSTRA CZŁOWIEK WOBEC ŚWIADOMOŚCI WŁASNEJ ŚMIERCI I NIEPOKOJĄCYCH PYTAŃ: CO DALEJ?	231
ANNA GĘSICKA STAROŚĆ: WYMIARY CIERPIENIA. ŚWIADECTWO PÓŻNOSREDNIOWIECZNEJ FRANCUSKIEJ POEZJI LIRYCZNEJ	245
ZBIGNIEW DOMŻAŁ DOLNOŚLĄSKIE I ZACHODNIOPOMORSKIE KLASZTORY CYSTERSKIE W ŚREDNIOWIECZU WOBEC DOŚWIADCZONYCH CHOROBA I UBÓSTWEM	267
SPOŁECZNY WYMIAR CIERPIENIA	275
WOJCIECH KUŁAK PROLOGOMENA ŻAŁOBY, CZYLI O ŻYCIU I CIERPIENIU PO ŚMIERCI BLISKICH	277
JAROSŁAW BĄBKA O RYWALIZACJI WE WSPÓŁCZESNYM ŚWIECIE JAKO PRZYCZYNIENIE CIERPIENIA ORAZ O CIERPIENIU JAKO ŹRÓDLE SENSU ŻYCIA – NA PRZYKŁADZIE OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH	283
AMADEUSZ KRAUSE NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ W KONTEKŚCIE SPOŁECZNYCH ŹRÓDEŁ CIERPIENIA	299

MARZENNA ZAORSKA	
WIELOWYMIAROWOŚĆ CIERPIENIA RODZINY DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ	307
TERESA ŻÓŁKOWSKA	
WYMIARY CIERPIENIA - STOSUNEK SPOŁECZEŃSTWA DO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH	319
KATARZYNA TABORSKA	
BÓLE IDENTYFIKACYJNE, CZYLI O KREACYJNYM POSZUKIWANIU TOŻSAMOŚCI KULTUROWEJ	329
PSYCHO-PEDAGOGICZNY WYMIAR CIERPIENIA	337
BOGUSŁAW STELCER	
CHORY I JEGO CIERPIENIE	339
JÓZEF BINNEBESEL	
CIERPIENIE W OCZACH DZIECKA Z CHOROBA NOWOTWOROWĄ W KONTEKŚCIE DEZINTEGRACJI POZYTYWNEJ KAZIMIERZA DĄBROWSKIEGO	353
FILIP BUCZYŃSKI	
WYMIARY ODDZIAŁYWAŃ NA RODZINĘ Z PACJENTEM W TERMINALNEJ FAZIE CHOROBY	361
URSZULA DOMAŃSKA	
CIERPIENIE TABU. O DOŚWIADCZENIACH RODZICÓW PO WCZESNEJ UTRACIE DZIECKA	371
AGNIESZKA NOWICKA	
NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ DZIECKA ŹRÓDŁEM CIERPIENIA I ZAGROŻEŃ DLA FUNKCJONOWANIA RODZINY	389
ZENON GAJDZICA	
O RELACJI BEZRADNOŚCI I CIERPIENIA W PERSPEKTYWIE NARRACJI OSÓB DOROSŁYCH Z LEKKIM UPOŚLEDZENIEM UMYSŁOWYM	405
JACEK J. BŁESZYŃSKI	
CIERPIENIE – WYMIAR, Z JAKIM SIĘ ZMAGAJĄ RODZICE DZIECI Z GŁĘBOKIMI DEFICYTAMI W ROZWOJU	415

ANNA WIĘCŁAWSKA	
DOŚWIADCZENIE CIERPIENIA U MATEK SAMOTNIE WYCHOWUJĄCYCH DZIECI	425
DITTA BACZAŁA	
OLIGOFRENOPEDAOG W OBLICZU CIERPIENIA SWOJEGO UCZNI	437
ZBIGNIEW BOHDAN	
CIERPIENIE ZAWODOWE LEKARZA	451
PIOTR KRAKOWIAK	
TRUDY I CIERPIENIA DUSZPASTERZA HOSPICYJNEGO. REFLEKSJE NA PODSTAWIE DOŚWIADCZEŃ W OPIECE HOSPICYJNEJ	461

Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błęszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

WSTĘP

Zawartość książki, którą Czytelnik trzyma w dłoniach, jest niczym obraz w kalejdoskopie: to rozsypują się, to składają w całość różne cząsteczki zjawiska nazywanego cierpieniem. Poszczególne fragmenty tego obrazu mają rozmaite zabarwienie: są tu wszystkie odcienie szarości aż do czerni, ale są i cząstki jasne, a nawet w kolorze nadziei i ufnej radości. W dłoniach różnych Czytelników obraz będzie różny, będzie wywoływał odmienne skojarzenia, wyzwalał trudne do nazwania myśli, wzbudzał nieprzekazywalne uczucia. Odbiór bowiem tej książki będzie tak różnorodny, jak różne jest doświadczenie każdego człowieka odnoszące się do cierpienia.

Książka zawiera dużą dawkę wiedzy o somatycznych i psychoneurologicznych aspektach cierpienia, o złożoności zjawiska bólu, a także o tym, jak sobie z nim radzić. Dowiemy się o różnym jego przeżywaniu, zarówno w przebiegu terminalnej choroby, jak i w religijnej ekstazie. W książce znajdują się też opisy rozpacz po doznaniu straty i to nie tylko dziecka lub innej bliskiej osoby. Wstrząsające są niektóre osobiste wyznania chorych dzieci, także rodziców, jak również osób z umysłową niepełnosprawnością, przeżywających społeczne odrzucenie i cierpienie poniżenia.

Ujmowanie cierpienia z różnej perspektywy wycisza bunt przeciwko niemu, a odwoływanie się w tekście do myśli filozofów pozwala na pogłębione zrozumienie różnych ludzkich postaw. Także tej szczególnie trudnej do zaakceptowania, że cierpienie jest swoistą szansą rozwoju człowieka, którą może on wykorzystać lub utracić. Szansą na zmianę dążeń, na pogłębioną refleksję, na odkrywanie różnicy między tym, co ważne i co nieważne, między dobrem a złem. Problemy te podejmują wielcy myśliciele, ale także pisarze i poeci. Odwołując się do powyższych myśli Viktora Frankla, Jan Józef Szczepański napisał: „W tym sensie cierpienie jest drogą rozwoju cech uznawanych

za najistotniejsze dla człowieka: cech moralnych, intelektualnych i estetycznych” („Sprawy ludzkie”, 1978, s. 9–10).

W życiu współczesnego człowieka, nacechowanym zmiennością zjawisk i więzi, równocześnie nadmiarem i niedosytem, poczuciem mocy i bezsilności – prędzej czy później pojawia się świadomość kruchości życia, a wraz z nią poszukiwanie jego sensu. Może ono mieć wartość kreacyjną i to nie tylko dla osobowości człowieka oraz jego twórczości artystycznej, ale i dla podejmowania działań na rzecz drugiego człowieka. Tego, który jest dotknięty cierpieniem lub z lękiem go oczekuje, a także tego, który cierpi cierpieniem cudzym. Książka wspomże nasze myśli i emocje w każdej z tych sytuacji. I w tym widzę jej wartość.

Irena Obuchowska

**BIOLOGICZNO-MEDYCZNY
WYMIAR CIERPIENIA**

Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błeszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Bożena Witek

Akademia Świętokrzyska w Kielcach

Adam Kołątaj

Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi

CIERPIENIE I BÓL

Organizmy żywe narażone są podczas swego życia na działanie różnorodnych bodźców pochodzących z otoczenia, zaburzających ich homeostazę wewnątrzustrojową. Odpowiedź organizmu na nie ma charakter adaptacyjny i jest możliwa dzięki odpowiedniemu genetycznemu zaprogramowaniu. Umożliwia to właściwe rozpoznanie danego czynnika, przypisanie mu odpowiedniego znaczenia i uruchomienie albo właściwych wzorców zachowań albo konkretnej obronnej reakcji fizjologicznej (Kołątaj 1993; Vermetten i Bremner 2002; Weber i Reynolds 2004). Rozpoznanie charakteru docierającej informacji, która może bardzo często pełnić rolę stresora, zależy nie tylko od jej obiektywnego znaczenia, ale również od oceny dokonywanej przez sam organizm (Mineur i wsp. 2006). Tego rodzaju stresor (sytuacja stresowa) uruchamia z jednej strony swoistą i specyficzną reakcję, adekwatną do rodzaju bodźca i nacelowaną na jej rozwiązanie, z drugiej – niespecyficzną reakcję stresową, dzięki której np. organizm człowieka może osiągnąć odpowiedni poziom funkcjonowania psychofizycznego, co umożliwia mu wyszukanie i realizację wspomnianej reakcji specyficznej (Comings i Blum 2000). Najczęściej kończy się to pomyślnym rozwiązaniem sytuacji stresowej i wypracowaniem skutecznych metod reagowania.

Od daty ogłoszenia przez Hansa Selyego pierwszej teorii stresu (1934, 1956) ustalono, że istnieje wiele czynników wywołujących reakcję stresową, tj. przewlekłe zmęczenie, nadmierny wysiłek fizyczny, ból, silne pobudzenie

neurogenne, w tym również nieprzyjemne doznania, np. w postaci informacji o śmierci lub ciężkiej chorobie, której samo zdiagnozowanie jest już silnym obciążeniem emocjonalnym (Adam i Epel 2007). Współczesna medycyna konwencjonalna często zapomina o tej niezwykle istotnej składowej, jaką jest wzbudzenie ośrodkowe w postaci choćby stresu, czy emocji w odniesieniu do samej kondycji fizycznej chorego.

To właśnie choroba staje się przyczyną cierpienia, które istotnie ogranicza możliwości życiowe. W odróżnieniu od czysto biologicznego charakteru u roślin i większości zwierząt choroba u człowieka ma wydzźwięk psychiczny, społeczny, a często także religijny. Choroba i cierpienie należą do najpoważniejszych problemów, wyzwalających szerokie spektrum reakcji zarówno adaptacyjnych, jak i agresywnych, poddających człowieka ciężkim próbom behawioralnym.

Cierpienie jest powszechnym w świecie ludzkim fenomenem oraz szerokim wyzwaniem, które dotyka najgłębszych przeżyć istoty ludzkiej. Cierpieniem określa się negatywny stan psychiczny, bądź fizyczny i emocjonalny, bardzo często doświadczany jako ból (fizyczny) lub nieprzyjemne doznanie. Ból jest dzielony przez człowieka niemal z całym światem zwierzęcym, ale cierpienie sięga dalej, bo tajemnicy ludzkiego ducha. Cierpienie psychiczne wiąże się z doświadczaniem negatywnych emocji w postaci lęku, poczucia krzywdy, smutku lub żalu. O cierpieniu można też mówić wtedy, gdy organizm – w jego subiektywnej ocenie – znajdzie się w sytuacji bez wyjścia i nie widzi dla siebie ratunku. Naturalne cechy istot żywych sprawiają, że dążą one do doznań przyjemności, a unikają cierpienia, a przede wszystkim bólu fizycznego.

Cassell (1991) określa cierpienie mianem osobistego przeżycia, stanem głębokiego wyczerpania związanego z wydarzeniami stanowiącymi zagrożenie integralności własnej osoby. Niektórzy badacze postrzegają cierpienie nieco szerzej, uznając, że może być ono powodowane nie tylko chorobą, ale także warunkami życia i szeroko rozumianymi wpływami otoczenia. I to właśnie samo życie i środowisko mogą dostarczać licznych, nie tylko fizycznych symptomów cierpienia, niezwykle często prowadzących do wystąpienia choroby.

Organizmy w różny sposób mogą reagować na niekorzystne sytuacje, które pojawiły się w ich życiu, a zadaniem specjalistów jest przeciwstawienie się lub wręcz wyeliminowanie tych niepożądanych stanów, celem przywrócenia szeroko rozumianej równowagi organizmu. Ograniczanie lub eliminowanie stanów, które są odpowiedzialne za pojawienie się cierpienia, powinno być prowadzone nie tylko w jego aspekcie fizycznym, ale także psychicznym, społecznym, ale i emocjonalno-duchowym. Natężenie, czy też ostrość cierpienia jest warunkowana upływającym czasem - trwające długo cierpienie może stawać się mniej intensywne i dotkliwe, a pojawienie się nowych jakościowo

przykrych doznań prowadzi do osłabienia poprzednich. Cierpienie może pojawiać się już w chwili uzmysłowienia sobie zbliżającego się zagrożenia i trwać dotąd, dopóki ten stan zagrożenia nie minie lub nie zostanie przywrócone poczucie bezpieczeństwa.

Cierpienie należy odróżnić od bólu fizycznego, określanego przez Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu (IASP) jako „prostą reakcję organizmu na działanie uszkodzających bodźców lub jako przykre zmysłowe i emocjonalne doświadczenie, wywołane rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem lub zagrażającym uszkodzeniem” (IASP 1980). W związku z tym, trzeba tu podkreślić, że ból stanowi ważny mechanizm obronny organizmu, gdyż generuje odruchy w celu uniknięcia lub wyeliminowania bodźca uszkodzającego. Mimo że w naszej kulturze cierpienie opisywane jest w kategoriach bólu, to jednak cierpienie i ból mają różne znaczenie, gdyż zarówno cierpienie może istnieć bez bólu, tak jak i ból może istnieć bez cierpienia (Loesser i Melzack 1999).

Według Eiffa (1980), zjawisko bólu ujawnia się przede wszystkim tylko w ludzkiej osobowości i występuje u człowieka podczas jego choroby, w najbardziej różnych formach. Według współczesnych danych dotyczących również tzw. *Well-being*, czyli dobrostanu zwierząt, zwłaszcza gospodarskich, nie można się z tym zgodzić – zwierzę również cierpi, czy to odczuwając ból fizyczny, czy to także ośrodkowo, np. z powodu stresu osamotnienia (owce, gęsi), czy to z powodu, tzw. „niełaski” pana (psy, konie, koty) (Adam i Epel; Anisman i Matheson 2005; Juszcak 2007; Kołataj 1993; Slattey i wsp. 2007; Śliwa 2007).

W każdym pojedynczym wypadku pojawiający się ból może mieć inne znaczenie, zawsze jednak jego odczuwanie połączone jest ze zmianami struktury fizycznej z jednej strony i zawsze ze zjawiskiem emocjonalnym, psychicznym z drugiej. Te dane przeczą także wspomnianemu pogładowi von Eiffa (1980). Ocena bólu u zwierząt, nawet dla doświadczonego lekarza weterynarii, nie jest jednak czymś oczywistym. Ból jest także manifestacją behawioralną skomplikowanych zjawisk i reakcji pobudzeniowych, mających swoje źródło w obwodowym i ośrodkowym układzie nerwowym, zawsze jest też subiektywnym i emocjonalnym odczuciem pacjenta. Ból jest pewnym rodzajem percepcji, niemającym określonego fizycznego wymiaru i jest jednocześnie bardzo zmiennym ilościowo zjawiskiem sensorycznym. U człowieka, np. bodziec, który wywołuje percepcję bólu w określonych warunkach może go nie powodować w innych, natomiast może być też często bardzo groźny emocjonalnie, podobnie jak ból wywołany bodźcem o tym samym natężeniu może być u różnych osób niejednakowo odczuwany.

Mountcastle (1974) określa ból jako „sensoryczne doświadczenie poszczególnego indywiduum, jednostki, organizmu, doświadczenie powstające

na skutek bodźców stresowych, które szkodzą lub grożą zranieniem, np. skóry czy mięśni”. Już kilkadziesiąt lat temu bodźce uszkadzające mięśnie nazwano bodźcami szkodliwymi, a receptory, które decydują o „czuciu bólu” – nocyreceptorami.

Ból uznawany jest za główną formę cierpienia somatycznego i może on być nie tylko sygnałem choroby, ale także jednym z najdotkliwszych doznań obecnych w ludzkiej egzystencji. Trzeba z naciskiem podkreślić, że ból odczuwany jest przez wszystkie organizmy, które posiadają receptory bólowe, zaś cierpienie uwarunkowane jest odpowiednimi dyspozycjami uczuciowymi, wynikającymi z ośrodkowego układu nerwowego, przede wszystkim kory. Specyficzny rodzaj bólu przewlekłego – towarzyszącego wielu chorobom, przynosi chorującym cierpienie, które niczemu nie służy, a jedynie znacząco pogarsza jakość ich życia i oczekiwania wobec wyników leczenia.

Jeszcze na początku XX wieku uważano, że u noworodków ich ośrodkowy układ nerwowy, ze względu na jego niedojrzałość nie jest zdolny do transmisji bodźców nocyceptywnych. Dopiero w latach 80. XX wieku reakcje bólowe u noworodków stały się przedmiotem zainteresowań lekarzy i zespołów badawczych (Anand i wsp. 1990; Fitzgerald i wsp. 1989).

Proces powstawania odczucia bólowego określane mianem nocyciepcji obejmuje w zasadzie cztery etapy: transdukcję (pobudzenie receptora bólowego powoduje powstanie impulsu elektrycznego prowadzonego przez włókna neuronów czuciowych), transmisję (przekazywanie informacji do pól czuciowych w wyższych piętrach ośrodkowego układu nerwowego), modulację (hamowanie albo nasilanie odpowiednich intensywności pobudzenia przez syntezę odpowiednich neurotransmiterów i aktywację układu wegetatywnego) i percepcję (ostateczna „obróbka” dostarczonych informacji w korze mózgowej). Kora mózgowa rozpoznaje i odpowiada za ocenę sytuacji bólowej oraz za reakcje emocjonalne związane z percepcją bólu. Jest też odpowiedzialna za kodowanie modelu zachowań bólowych i zapamiętywanie bólu.

Czucie bólu wywoływane jest przez bodźce uszkadzające tkanki, czyli przez bodźce nocyceptywne a odczuwane, dzięki nocyreceptorom, tj. receptorom czucia bólu (Besson i Chaouch 1987; Jessel i Kelly 1999).

Minimalny bodziec szkodliwy, wywołujący nerwowy impuls nazywany jest progiem nocyceptywnym i jest on w przybliżeniu podobny u ludzi i zwierząt kręgowych. Minimalny bodziec bólowy wywołujący percepcję bólu nazywany jest progiem odczuwania bólu, zaś maksymalne pobudzenie bólowe, które może wytrzymać człowiek w warunkach eksperymentu, określa się jak próg tolerancji bólu. Proóg tolerancji bólu może się różnić w czasie nie tylko u różnych osób, ale także u tej samej osoby.

Odczuwanie bólu jest silnie związane ze świadomością, a ta zależy – jak wiadomo – od kory mózgowej. Każda okolica kory mózgowej może być odpo-

wiedzialna za odczuwanie bólu, choć są obszary czuciowe szczególnie wyspecjalizowane jako specyficzne analizatory w odbieraniu bodźców z poszczególnych powierzchni ciała. Aby jednak u ssaków powstała percepcja, impulsy wywołane bodźcami między innymi bólowymi, muszą przejść przez okolicę mózgowia zwaną tworem siatkowatym.

Podstawowymi elementami, bez których niemożliwe jest odczuwanie bólu, są receptory bólowe. Już w latach 70. XX wieku podejmowano wiele prób szacowania bólu. Jednym z powodów było odkrycie, że mózgowie i rdzeń kręgowy mają swoiste mechanizmy, które funkcjonalnie pobudzone wydzielają opiomopodobne substancje (Basbaum i Julius 2006). Początki badań nad opioidami związane są w ogóle z badaniami nad mechanizmem działania morfiny. Badania nad jej działaniem doprowadziły do odkrycia receptorów wiążących morfinę oraz do wyizolowania ich endogennych ligandów syntetyzowanych w organizmie (Hughes 1975, Terenius i Wahlstrom 1975). Ze względu na ich działanie farmakologiczne podobne do pochodnych opium nazywa się je endorfinami, endogennymi opiatami lub opioidami (Frederickson i Geary 1982).

Endogenne opioidy należą do trzech podstawowych rodzin – enkefalin, dynorfin i endorfin, z których każda pochodzi z odrębnego białka prekursorowego. Powstają one głównie w neuronach ośrodkowego układu nerwowego (OUN) i w przysadce mózgowej. Endogenne opioidy są peptydami złożonymi z 5–31 aminokwasów, na których N-końcu zawsze znajduje się 4-aminokwasowy fragment wspólny dla wszystkich opioidów, będący częścią enkefalinalin. Najmniejszą cząsteczkę składającą się z enkefalin 5 aminokwasów mają enkefaliny, zaś największą, bo 30-aminokwasową – β -endorfiny. Aktywność poszczególnych peptydów opioidowych nie jest jednakowa i w znacznym stopniu zależy od wybranego wskaźnika aktywności. W błonie komórkowej neuronów okolic mózgowia znajdują się receptory opioidowe, które wiążą się z peptydami opioidowymi działającymi jak modulatory synaptyczne.

Wśród endogennych opioidów wyróżnia się m.in. met-enkefalinę, leu-enkefalinę, dynorfiny oraz β -endorfinę (Lin i wsp., 2006).

Enkefaliny są peptydami różniącymi się jednym aminokwasem na C-końcu, będącymi produktami enzymatycznego cięcia białka prekursorowego proenkefaliny (PENK), w wyniku czego powstaje 6 cząsteczek met-enkefaliny i 1 cząsteczka leu-enkefaliny. Głównymi przedstawicielami enkefalin są właśnie enkefalina metioninowa (met-enkefalina) i leucynowa (leu-enkefalina). Najważniejszą funkcją enkefalin, które działają głównie za pośrednictwem receptora opioidowego δ , jest „bramkowanie” bólu oraz modulacja układu immunologicznego.

Prekursorem dynorfin jest prodynorfina (PDYN). W wyniku jej enzymatycznego cięcia powstają 17-aminokwasowa dynorfina A, 13-aminokwasowa dynorfina B oraz α i β -neoendorfiny. Wszystkie te peptydy dynorfinowe za-

wierają sekwencję leu-enkefaliny na N-końcu łańcucha aminokwasowego. Ze względu na ich szerokie występowanie w wielu strukturach mózgu wykazują różnorodność pełnionych funkcji. Dynorfina A działa modulująco na uwalnianie neurotransmiterów i neurohormonów, zlokalizowanych wraz z nią w tych samych neuronach. Doniosłym odkryciem było zaobserwowanie w mózgu cierpiących na chorobę Alzheimera znacznej gęstości receptorów opioidowych κ (Mathieu-Kia i wsp. 2001). Jednym z objawów choroby Alzheimera jest – jak wiadomo – postępująca utrata pamięci, której przyczyną jest degeneracja cholinergiczných zakończeń nerwowych w hipokampie i w obrębie kory mózgowej. Podobne objawy uzyskano u ssaków po ich ekspozycji na tlenek węgla, upośledzający czynność neuronów cholinergiczných. Wykazano, że podawanie dynorfiny na 15 minut przed badaniem procesu zapamiętywania odwraca lub znosi negatywne skutki ekspozycji zwierząt na tlenek węgla. Zablokowanie receptorów κ , przez które działa dynorfina, znosi natomiast efekt jej działania (Cryan i wsp. 2005; Drolet i wsp. 2001). Wydaje się więc, że w chorobie Alzheimera dynorfina i inni agoniści receptorów κ mogą aktywować uszkodzone neurony cholinergiczne i dzięki temu wspomagać lub zastępować działanie acetylocholino. Najbardziej znanym przedstawicielem endorfin jest β -endorfina (β -END), która jest 31-aminokwasowym polipeptydem, posiadającym sekwencję met-enkefaliny na N-końcu. W latach 90. XX wieku zidentyfikowano też inne endogenne ligandy opioidowe, takie jak nocycetynę/orfaninę FQ oraz endomorfinę pierwszą i drugą (Mogil i Pasternak 2001; Waldhoer i wsp. 2004).

Zarówno β -endomorfina, jak i enkefaliny oraz dynorfiny wykazują różne powinowactwo do receptorów μ , δ i κ . β -endorfina ma podobne powinowactwo do receptorów μ i δ i w znacznie mniejszym stopniu z receptorami κ (Williams i wsp., 2001).

Obszary mózgu, uczestniczące w regulacji reakcji bólowych, są jedynie niewielką częścią obszarów mózgu, w których znajdują się opioidy i ich receptory (Mansour i wsp. 1987; Sadowski 2001). Do pobudzenia układu opioidowego dochodzi również w tych częściach mózgu, które bezpośrednio nie uczestniczą w regulacji bólu. Z tego wynika, że funkcje układu opioidowego znacznie wykraczają poza regulację reakcji bólowej.

Przez długi czas sądzono, że opioidy działają wyłącznie w obrębie ośrodkowego układu nerwowego, ale już dzisiaj wiadomo, że mogą one wykazywać również obwodowy efekt przeciwbólowy, ponieważ doniesienia ostatnich lat wskazują istnienie receptorów opioidowych także poza centralnym układem nerwowym (Stein 1995). Wykazano też, że w kontroli bólu istotną rolę odgrywa układ immunologiczny. W warunkach istniejącego procesu zapalnego dochodzi do ekspresji receptorów opioidowych na włóknach przewodzących czu-

cie bólu. Peptydy opioidowe uwalniane z komórek układu immunologicznego mogą zatem wywierać działanie przeciwbólowe (Stein 1995).

U człowieka receptory opioidowe są wolnymi, nagimi zakończeniami włókien nerwowych, obecnymi w dużej liczbie wyłącznie na powierzchni komórek i zakończeń nerwowych. Ich obecność stwierdzono w ośrodkowym układzie nerwowym (mózgu, rdzeniu przedłużonym i rdzeniu kręgowym). Na obwodowych neuronach występują tylko w niektórych miejscach, np. w rdzeniu nadnerczy (receptory δ) i splotach śródściennych jelit. Poszczególne typy tych receptorów nie są rozmieszczone równomiernie. W danym obszarze mózgu może występować jeden, dwa lub wszystkie trzy typy receptorów opioidowych i mogą się one różnić gęstością rozmieszczenia (Mansour i wsp. 1987).

Brak receptorów opioidowych na większości neuronów obwodowych w znacznej części determinuje rodzaj i skutki działania opioidów, zarówno egzogennych, jak i endogennych. Jednak w stanach zapalnych może dojść do migracji receptorów opioidowych na obwodowe zakończenia eferentnych włókien nocycyptywnych. Reagują one na wszystkie rodzaje energii, działającej uszkadzająco na tkanki, z tego też powodu bodźce bólowe są nieswoiste i nazywane są bodźcami uszkadzającymi lub nocycyptywnymi.

Wykazano obecność trzech zasadniczych typów receptorów opioidowych – μ , δ i κ oraz ich podtypy (Waldhoer i wsp. 2004; Williams i wsp. 2001). Od kilku lat w nomenklaturze receptorów funkcjonuje nowe nazewnictwo, zgodnie z kolejnością, w jakiej je klonowano, odpowiednio – OP1, OP2 i OP3, jednak wielu badaczy w celu uniknięcia nieporozumień nadal, nawet w najnowszych doniesieniach posługuje się dawnym nazewnictwem.

W różnych strukturach mózgu wykazano obecność dwóch receptorów μ 1 i μ 2. Podtypy posiada również receptor κ , są to κ 1 i κ 2 oraz receptor δ (δ 1 i δ 2). Wszystkie klasyczne receptory opioidowe wiążą się z podobną ilością białek G, jednak powinowactwo do podjednostek α określonych białek G jest w przypadku poszczególnych receptorów różne (Connor i MacDonald 1999). Tak więc, choć działanie antynocycyptywne (znoszące ból wywołany typowymi bodźcami nocycyptywnymi) jest wspólnym następstwem pobudzenia wszystkich trzech rodzajów klasycznych receptorów opioidowych, to jednak inne skutki pobudzenia mogą być różne dla poszczególnych typów, tym bardziej że niektóre z nich mogą być aktywowane przez inne mechanizmy niż zmiany aktywności białek G (Papaleo i wsp. 2007; Xiong i Yu 2006). Są one zbudowane z siedmiu transbłonowych domen hydrofobowych, których C-końcowy fragment skierowany jest do wnętrza komórki, a N-końcowy na zewnątrz. Receptory opioidowe zaangażowane są w modyfikację wejścia informacji czuciowej do ośrodkowego układu nerwowego i jej opracowywanie, ocenę emocjonalną bodźców, kontrolę reakcji ruchowych procesów, wreszcie regulację pro-

cesów homeostatycznych. Efekt pobudzenia receptorów opioidowych jest złożony i ma głównie charakter hamujący aktywność komórkową, jednak możliwy jest również długotrwały efekt pobudzający (Ananthan 2006).

Pobudzenie bólowe z receptorów przekazywane jest do rdzenia i wyższych pięter ośrodkowego układu nerwowego dwoma rodzajami włókien: grubymi, zmielinizowanymi typu A δ o średnicy 2–5 μm i dużej prędkości przewodzenia 6–30 m/s – z receptorów o niższym progu pobudliwości. Pobudzenie tych receptorów powoduje wystąpienie ostrego bólu o ściśle określonej lokalizacji. Drugą grupę receptorów bólowych stanowią włókna niezmielinizowane typu C o średnicy 0,4–1,2 μm , o prędkości przewodzenia 0,5–2 m/s – z receptorów o wyższym progu pobudliwości (uszkodzenia tkanki). Pobudzenie tej grupy receptorów powoduje ból, którego cechą jest niemożność ustalenia jego ścisłej lokalizacji.

U podstaw nadwrażliwości bólowej leży najprawdopodobniej nagromadzenie w poddawanej ciąglem urazom tkance mediatorów bólu. Po zadziałaniu szkodliwego czynnika dochodzi do uwolnienia wielu substancji. Szczególne znaczenie w powstawaniu, przewodzeniu i modulacji procesów błonowych przypisuje się różnym mediatorom prozapalnym, które uwalniane są już na poziomie uszkodzonych tkanek i odgrywają decydującą rolę w pobudzeniu zakończeń bólowych. Należą do nich jony potasu wydzielane z uszkodzonych tkanek, serotonina uwalniana z płytek krwi po naruszeniu integralności naczyń krwionośnych, bradykinina powstająca z osoczonego i tkankowego kininogenu, histamina uwalniana z komórek tucznych, tlenek azotu, peptydy (substancja P), ATP (Cousins 1999; Kennedy i Leff 1995). Wydzielane są też prostaglandyny, leukotrieny oraz substancja P uwalniana z zakończeń nerwowych. Do najważniejszych należą – substancja P (transmitter w rogach tylnych rdzenia), kininy (peptydy, m.in. w płynach tkankowych, wysiękach zapalnych, surowicy krwi), enkefaliny, endorfiny, dynorfiny oraz endomorfiny 1 i 2 – wychwytywane przez swoiste receptory opioidowe w śródmózgowiu. Ważną rolę przypisuje się też prostaglandynom, zwłaszcza z grupy PGE₂. Prostaglandyny nie pobudzają receptorów bólowych, ale powodują ich uwrażliwienie na inne czynniki uwalniane w wyniku uszkodzenia tkanek (Samuelsson i wsp. 2007; Taylor-Clark i wsp. 2007; Woodhams i wsp. 2007).

Wszystkie te substancje odpowiedzialne są za uwrażliwienie, czyli sensytyzację receptorów bólowych, co oznacza, że często następujące po sobie bodźce nocyceptywne powodują, że każde kolejne pobudzenie receptorów bólowych może powodować silniejsze odczucia bólowe. Zjawisko to zwane jest nadwrażliwością pierwotną i jest efektem wzrostu wrażliwości nocyreceptorów. Zjawisko nadwrażliwości bólowej dotyczy bodźców nocyceptywnych o charakterze zarówno mechanicznym, jak i termicznym (Raja i wsp. 1984). Wokół pola nadwrażliwości pierwotnej pojawia się obszar, w którym obserwuje się zjawi-

ska wtórnej nadwrażliwości bólowej. Obszar ten charakteryzuje się wzrostem wrażliwości dla nocyceptorów w odpowiedzi na bodźce mechaniczne. W obszarze wtórnej nadwrażliwości próg pobudliwości dla bodźców uszkodzających o charakterze termicznym pozostaje niezmienny. Mechanizm wtórnej nadwrażliwości nie jest wyjaśniony (Ayesh i wsp. 2007; Jessel i Kelly 1991). W jego powstawaniu postulowany jest udział wyższych struktur ośrodkowego układu nerwowego.

Uszkodzenie każdej komórki powoduje gwałtowny wzrost stężenia wapnia w jej cytosolu. Wzrost wewnątrzkomórkowego stężenia wapnia uczynnia szereg procesów biochemicznych, których wynikiem jest nasilenie syntezy wspomnianych tkankowych mediatorów bólu. Jony wapnia powodują, że cytosolowa fosfolipaza A ulega translokacji do błony komórkowej, co inicjuje uwalnianie z błony komórkowej dużych ilości kwasu arachidonowego. Wzrost stężenia jonów wapnia aktywuje również 5-lipooksygenazę. W ten sposób napływ jonów wapnia do uszkodzonej komórki inicjuje wzrost syntezy zarówno prostaglandyn, jak i leukotrienów (Henderson 1994). Inną ważną konsekwencją wzrostu stężenia jonów wapnia jest pobudzenie aktywności enzymów proteolitycznych, zwanych kalikreinami tkankowymi. Enzymy te nie tylko doprowadzają do samodestrukcji komórek, ale działają też na białka tkankowe – kininogeny, odszczepiając od nich aktywne polipeptydy – kininy, które depolaryzują nagie zakończenia nerwowe i wyzwalają we włóknach nerwowych dośrodkowe salwy impulsów bólowych.

Z życia codziennego znane jest zjawisko odczuwania bólu w stanach silnego wzbudzenia emocjonalnego. Zjawisko to ma głęboki sens fizjologiczny. Intensywne odczuwanie bólu w czasie walki lub ucieczki znacznie ograniczałoby zdolność organizmu do przeżycia. W sytuacji, gdy dolegliwości bólowe mają charakter chroniczny, zanika funkcja bólu jako czynnika mobilizującego organizm do adekwatnego działania „przeciwbólowego”. Wtedy też ból staje się zbędnym cierpieniem.

Ostatnio wykazano (Amiel i Mathew 2007), że także układ glutaminianergiczny, zwany układem aminokwasów pobudzających (EAA – *excitatory amino acids*) odgrywa istotną rolę w powstawaniu procesów czuciowych, w tym szczególnie nocyceptywnych w obwodowym układzie nerwowym, zarówno w warunkach fizjologicznych, jak i w stanach zapalnych. Do niedawna aminokwasy te uważano za tzw. pospolite metabolity, powstające na drodze różnych przemian biochemicznych. Badania przeprowadzone w latach 80. i 90. XX wieku przyczyniły się do poznania roli EAA w ośrodkowym układzie nerwowym oraz określenia ich znaczenia w fizjologii i patologii mózgu (Herman i Jahr 2007; Vikelis i Misikostas 2007).

Jak wykazano, układ ten jest podstawowym układem neuroprzebiegowym w mózgu, obok układu noradrenergicznego, cholinergicznego, seroto-

nicznego czy dopaminergicznego (Orrego i Villanueva 1993). Poza wieloma istotnymi funkcjami reguluje on przewodzenie czucia bólu w rdzeniu kręgowym i mózgu. Uznaje się, że $\frac{3}{4}$ transmisji pobudzającej w mózgowiu stanowi przewodnictwo za pośrednictwem EAA. Układ glutaminianergiczny odgrywa istotną rolę nie tylko w prawidłowej nocycepcji, ale też w powstawaniu bólu pochodzenia zapalnego. W badaniach elektrofizjologicznych wykazano, że w powstawaniu reakcji bólowych wywołanych przez EAA biorą udział niemylinowe włókna (Carlton 2001). Układ glutaminianergiczny nasila stymulację układu współczulnego, działania substancji P, co może potęgować odczuwanie bólu, a także zmiany przepływu naczyniowego odpowiadające za obrzęk i zaczerwienienie towarzyszące zapaleniu. Istotną rolę układu glutaminianergicznego w przewodzeniu bólu na poziomie rdzenia kręgowego i mózgu wielokrotnie potwierdzono na różnych modelach zwierzęcych (Jung i wsp. 2006; Tadros i wsp. 2007).

Ból jest czuciem nocyceptywnym będącym dla organizmu informacją o czynnikach szkodliwych, mobilizującym jego liczne mechanizmy obronne. W warunkach klinicznych analgezję, czyli stan zmniejszonego odczuwania bólu, wywołuje się farmakologicznie. W warunkach naturalnych czynnikiem ograniczającym lub hamującym ból jest stres (Amit i Galina 1988). Zmniejszenie odczuwania bólu spowodowane przez stres ma istotne uzasadnienie biologiczne, ponieważ zbyt intensywne odczuwanie bólu może spowodować nieskuteczne reakcje obronne organizmu i w ten sposób zmniejszyć jego szanse na przeżycie (Kavaliers 1988). Doskonale znane jest zjawisko zniesienia odczuwania bólu w stanach silnego pobudzenia emocjonalnego. Zjawisko to ma głęboki sens fizjologiczny, gdyż silne odczuwanie bólu w czasie walki lub ucieczki znacznie ograniczyłoby zdolność przeżycia.

Tak więc, w organizmach ludzi i zwierząt wykształcił się mechanizm obronny, którym jest zdolność odczuwania bólu. Jest to swoisty system wczesnego reagowania, gdyż ból jest niejednokrotnie pierwszym zwiastunem choroby. Ostatnie kilkadziesiąt lat to dynamiczny rozwój wiedzy na temat mechanizmów powstawania bólu, jego istoty i metod leczenia (Lavelle i wsp. 2007; Sabetkasaei i wsp. 2007), w wypadku, gdy dolegliwości bólowe mają dużą intensywność i są przewlekłe, zanika funkcja bólu jako czynnika mobilizującego osobnika do adekwatnego działania przeciwbólowego.

W poszukiwaniu skutecznych metod i środków w walce z bólem jako jedne z pierwszych pojawiły się w życiu człowieka leki przeciwbólowe. Najistotniejszą grupę leków przeciwbólowych stanowią wielokrotnie już wspomniane opioidy. Od stuleci opioidy stosuje się w celu łagodzenia bólu, czyli analgezji. Nie znaczy to, że opioidy są skuteczne w znoszeniu lub łagodzeniu wszystkich typów bólów, są jednak ciągle niezastąpione, mimo istnienia alternatywnych grup leków lub stosowania niefarmakologicznych metod zwalczania bólu.

U wielu chorych, którym podawano opioidy, obserwuje się liniową zależność pomiędzy ich dawką a ich działaniem przeciwbólowym, jednak u niektórych z nich pod wpływem opioidów dochodzi do hiperalgezji, zjawiska, które jest przyczyną powstawania tolerancji na leki z tej grupy. Stosowanie opioidowych leków przeciwbólowych przez długi czas było zastrzeżone do leczenia przewlekłych bólów jedynie w chorobie nowotworowej. Uważano bowiem, że podawanie silnych opioidów w bólu nienowotworowym jest niewskazane, ze względu na ryzyko uzależnienia. Dopiero w 1997 roku Amerykańska Akademia Medycyny Bólu (AAPM) oraz Amerykańskie Towarzystwo Bólu (APS) wydały zgodę na stosowanie opioidów w bólach nienowotworowych (AAPM i APS 1997). Było to pierwsze oficjalne usankcjonowanie stosowania opioidów do zwalczania bólu nienowotworowego.

Odkrycie opioidów związane było z badaniami mechanizmu działania morfiny, uznawanej za jeden z najskuteczniejszych leków przeciwbólowych (Goodsell 2004; Horvath i Kekesi 2006) oraz ze względu na jej znaczenie kliniczne. Farmakologiczne działanie morfiny łączone jest przede wszystkim już od ponad 100 lat ze zjawiskami odczuwania bólu i analgezą (Savage 1999), a do innych skutków jej działania należą między innymi: obniżanie ciśnienia krwi, przyspieszanie oddechu i akcji serca, wzrost temperatury ciała, a także osłabienie licznych funkcji układu immunologicznego. Morfina odznacza się również „zadziwiającym” działaniem na ośrodkowy układ nerwowy, wywołującym efekty psychologiczne w postaci zmian nastroju i euforii.

Dawki opioidów wymagane do złagodzenia bólu są odmienne u różnych osób. Odmienności te tłumaczy się zróżnicowaną, zmienną intensywnością bodźców bólowych (Glare i Walsh 1991). Na skuteczność działania leku ma również wpływ odmienność metabolizmu. Indywidualna zmienność dotycząca farmakologii opioidów sugeruje, że reakcje pacjentów na tę grupę leków są uwarunkowane genetycznie. Zmienność genetyczna wpływa również na percepcję bólu. Wykazano, że wpływ dziedziczenia na nocycępcję udaje się ustalić w 30–70% testów prowadzonych na zwierzętach (Mogil 2000). Panuje przekonanie, że dziedziczność bólu warunkowana jest genami kumulatywnymi. Oznacza to, że duża zmienność w jego odczuwaniu jest rezultatem działania wielu genów, a ich połączony wpływ przyczynia się do kształtowania ostatecznej percepcji bólu. Odczuwanie bólu może ulec zmianie także w wyniku pojedynczej mutacji określonego genu. Przykładem takiej dramatycznej zmiany jest mutacja genu *NTRK1* (koduje białko z rodziny receptorów czynników wzrostowych), powodująca wrodzoną niewrażliwość na ból (Indo i wsp. 1996). Zatem zmienne relacje pacjentów dotyczące odczuwanego bólu są nie tylko wynikiem różnej percepcji bólu, ale także zróżnicowanych reakcji na leki przeciwbólowe. Dotychczasowe badania wykazują więc, że skuteczność opioidów wiąże się, przynajmniej częściowo z tłem genetycznym, a zatem

zmiennością genetyczną związaną z metabolizmem opioidów, funkcją receptorów opioidowych oraz transporterów tej grupy leków.

Tak więc, chociaż ból i cierpienie nie muszą być ze sobą we wszystkich okolicznościach powiązane, to wydaje się, że taki związek istnieje wtedy, gdy oba zjawiska ujawniają wysokie natężenie. Może oczywiście istnieć cierpienie bez bólu fizycznego i ból bez specjalnego cierpienia, gdy np. odczuwamy go krótkoterminowo przy koniecznym zastrzyku lub borowaniu „lewej górnej siódemki”. Obie jednak te kategorie pojęć rozszerzają swoje własne interpretacje na obszary filozoficzne, a to oznacza, że dotyczą one zjawisk generowanych w świadomości, a więc na najwyższych piętrach ośrodkowego układu nerwowego.

Bibliografia

AAPM i APS (1997), *The use of opioids for the treatment of chronic pain. A consensus statement of the American Academy of Pain Medicine and the American Pain Society*, Clin. J. Pain. 13, 6–9.

Adam T.C., Epel E.S. (2007), *Stress, eating and the reward system*, Physiol. Behav. 91, 449–458.

Amiel J.M., Mathew S.J. (2007), *Glutamate and anxiety disorders*. Curr. Psychiatry Rep. 9, 278–283.

Amit Z., Galina Z.H. (1988), *Stress induced analgesia plays an adaptive role in the organization of behavioral responding*, Brain Res. Bull. 21, 955–958.

Anand K.J., Hansen D.D. Hickey P.R. (1990), *Hormonal metabolic stress response in neonates under going cardiac surgery*, Anesthesiology, 73, 661–670.

Ananthan S. (2006), *Opioid ligands with mixed mu/delta opioid receptor Interactions: an emerging approach to novel analgesics*, AAPS J. 8, E118–E125.

Anisman H., Matheson K. (2005), *Stress, depression, and anhedonia: caveats concerning animal models*, Neurosci. Biobeh. Rev. 29, 525–546.

Ayesh E.E., Jensen T.S., Svensson P. (2007), *Hypersensitivity to Mechanical and Intra-articular Electrical Stimuli in Persons with Painful Temporomandibular Joint*, J. Dent. Res. 86, 1187–1192.

Basbaum A.I., Julius D. (2006), *Toward better pain control*, Sci. Am. 294, 60–67.

Besson J.M., Chaouch A. (1987), *Peripheral and spinal mechanisms of nociception*, Physiol. Rev. 67, 67–184.

Carlton S.M. (2001), *Peripheral excitatory amino acids*, Curr. Opin. Pharmacol. 1, 52–56.

Cassel E.J. (1991), *The nature of suffering and the goal of medicine*, Oxford University Press. New York.

Comings D.E., Blum K. (2000), *Reward deficiency syndrome: genetic aspects of behavioral disorders*, Prog. Brain Res. 126–325–341.

Connor M., MacDonald J.C. (1999), *Opioid receptor signaling mechanisms*, Clin. Exp. Pharmacol. Physiol. 26, 493–499.

Cousins M.J. (1999), *Pain: the past, present, and future of anesthesiology? The EA Rovestine Memorial Lecture*, Anesthesiology, 91, 538–551.

Cryan J.F., Mombereau C., Vassout A. (2005), *The tail suspension test as model recent developments and future Leeds*, Trends Pharmacol. Sci. 23, 238–245.

Drolet G., Dumont E.C., Gosselin I., Kinkead R., Laforest S., Trottier J.F. (2001), *Role of endogenous opioid system in the regulation of the stress response*, Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry, 25, 729–741.

Eiff A.W. (1980), *Stress*, Georg Thieme Verlag, Stuttgart-New York.

Fitzgerald M., Millard C., McIntosh N. (1989), *Cutaneous hypersensitivity following peripheral tissue damage in newborn infants and its reversal with topical anaesthesia*, Pain, 39, 31–36.

Frederickson R.C., Geary L.E. (1982), *Endogenous opioid peptides: review of physiological, pharmacological and clinical aspects*, Prog. Neurobiol. 19, 19–69.

Glare P.A., Walsh T.D. (1991), *Clinical pharmacokinetics of morphine*, Ther. Drug Monit. 13, 1–23.

Goodsell D.S. (2004), *The molecular perspective: morphine*, Oncologist. 9, 717–718.

Henderson W.R. Jr. (1994), *The role of leukotriens in inflammation (Basic science review)*, Ann. Inter. Med. 12, 684–697.

Herman M.A., Jahr C.E. (2007), *Extracellular glutamate concentration in hippocampal slice*, J. Neurosci. 27, 9736–9741.

Horvath G., Kekesi G. (2006), *Interaction of endogenous compound from the brain with pharmacological properties similar to morphine*, Brain Res. 88, 295–308.

Hughes J. (1975), *Isolation of an endogenous compound from the brain with pharmacological properties similar to morphine*, Brain Res. 88, 295–308.

IASP (1980), *Subcommittee on Taxonomy Pain Terms: a list with definition and routes of usage*, Pain, 8, 244–252.

Indo Y., Tsurata Y., Karim M.A. (1996), *Mutations In the TRKA/NGF receptor gene In patients with congenital insensitivity to pain with anhidrosis*, Nature Genet. 13, 485–488.

Jessel T., Kelly D.D. (1991), *Pain and analgesia*. In *Principles of neural science*, Ed. Kandell E.R., Schwartz J.H., Jessel T., Appleton&Lange, 385–399.

Jung C.Y., Choi H.S., Ju J.S., Park H.S., Kwon T.G., Bae Y.C., Ahn D.K. (2006), *Central metabotropic glutamate receptors differentially participate in interleukin-1betainduced mechanical allodynia in the orofacial area of conscious rats*, *J. Pain*, 7, 747–756.

Juszczak G. (2007), *Rola układu opioidowego w zachowaniach emocjonalnych myszy selekcyonowanych na niską i wysoką analgezję postresową*, Praca doktorska. Biblioteka Instytutu Genetyki i Hodowli Zwierząt PAN w Jastrzębcu, 1–97.

Kavaliers M. (1988), *Evolutionary and comparative aspects of nociception*, *Brain Res. Bull.* 21, 923–931.

Kennedy C., Leff P. (1995), *Pharmacology: painful connection for ATP*, *Nature*, 377, 385–386.

Kołątaj A. (1993), *Pochwała stresu*, Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Kielcach (Kielce), 1–205.

Lavelle W., Lavelle E.D., Lavelle L. (2007), *Intra-articular injection*, *Anesthesiol. Clin.* 25, 853–862.

Lin S., Boey D., Lee N., Schwarzer C., Sainsbury A., Herzog H. (2006), *Distribution of prodynorphin mRNA and its interaction with the NPY system in the Mouse brain*, *Neuropeptides*, 40, 115–123.

Loesser J.D., Melzack R. (1999), *Pain an overview*, *The Lancet*, 353, 1607–1609.

Mansour A., Khachaturian H., Lewis M.E., Akil H., Watson S.J. (1987), *Autoradiographic differentiation of mu, delta, and kappa opioid receptors in the rat forebrain and midbrain*, *J. Neurosci.* 7, 2445–2464.

Mathieu-Kia A.M., Fan L.Q., Kreek M.J., Simon E.J., Hiller J.M. (2001), *Mu-, delta-, and kappa-opioid receptor populations are differentially altered in distinct areas of postmortem brains of Alzheimer`s disease patients*, *Brain Res.* 893, 121–134.

Mineur Y.S., Belzung C., Crusio W.E. (2006), *Effects of unpredictable chronic mild stress on anxiety and depression-like behavior in mice*, *Behav. Brain Res.* 175, 43–50.

Mogil J.S. (2000), *Pain genetics: Pre- and post-genomic findings*, International Association for the Study of Pain. Technical Corner from IASP Newsletter, t. 2.

Mogil J.S., Pasternak G.W. (2001), *The molecular and behavioral pharmacology of the orphanin FQ/nociception peptide and receptor family*, *Pharmacol. Rev.* 53, 381–415.

Mountcastle V.B. (1974), *Pain and temperature sensibilities*, Medical Physiology. Ed. Mountcastle V.B., St. Louis, 348–381.

Orrego F., Villanueva S. (1993), *The chemical nature of the main central excitatory transmitter: a critical appraisal based upon release studies and synaptic vesicle localization*, Neuroscience, 56, 539–555.

Papaleo F., Kieffer B.L., Tabarin A., Contarino A. (2007), *Decreased motivation to eat in mu-opioid receptor-deficient mice*, Eur. J. Neurosci. 25, 3398–3405.

Raja S.N., Campbell J.N., Meyer R.A. (1984), *Evidence for different mechanisms of primary and secondary hyperalgesia following heat injury to the glabrous skin*, Brain, 107, 1179–1188.

Riedel W., Neeck G. (2001), *Nociception, pain, and antinociception: current concepts*, Z. Rheumatol. 60, 404–415.

Sabetkasaei M., Masoudnia F., Khansefid N., Behzadi G. (2007), *Opioid receptor of the central amygdala and morphine-induced antinociception*, Iran Biomed. J. 11, 75–80.

Sadowski B. (2001), *Biologiczne mechanizmy zachowania się ludzi i zwierząt*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Samuelsson B., Morgenstern R., Jakobsson P.J. (2007), *Membrane prostaglandyn E synthase-1: a novel therapeutic target*, Pharmacol. Rev. 59, 207–224.

Savage S.R. (1999), *Opioid therapy of chronic pain: assessment of consequences*, Acta Anaesthesiol. Scand. 43, 909–917

Sherrington C. (1947), *The integrative Action of the Nervous System*, Yale University Press, New Haven, 227–228.

Slattery D.A., Markou A., Cryan J.F. (2007), *Evaluation of reward processes in an animal model of depression*, Psychopharmacology (Berlin), 190, 555–568.

Stein C. (1995), *The control of pain in peripheral tissue by opioids*, N. Engl. J. Med. 332, 1685–1690.

Śliwa A.T. (2007), *Wpływ stresu na zachowanie pokarmowe myszy (Mus musculus) selekcionowanych na wysoką (HA) i niską (LA) analgezję postresową*, Biblioteka Instytutu Genetyki i Hodowli Zwierząt PAN w Jastrzębcu, 1–14.

Tadros S.F., D'Souza M., Zettel M.L., Zhu X., Waxmonsky N.C., Frisina R.D. (2007), *Glutamate-related gene expression changes with age in the mouse auditory midbrain*, Brain Res. 1127, 1–9.

Taylor-Clark T.E., Undem B.J., Macglashan Jr. D.W., Ghatta S., Carr M.J., McAlexander M.A. (2007), *Prostaglandin-induced activation of nociceptive neurons via direct interaction with TRPA1*, Mol. Pharmacol. (w druku).

Terenius L., Wahlstrom A. (1975), *Search for an endogenous ligand for the opiate receptor*, Acta Physiol. Scand. 94, 74–81.

Vermetten E., Bremner J.D. (2002), *Circuititis and systems in stress*, I. Preclinical studies. *Depress Anxiety*, 15, 126–147.

Vikelis M., Mitsikostas D.D. (2007), *The role glutamate and its receptors in migraine*, *CNS Neurol. Dis. Drug Targets*, 6, 251–257.

Waldhoer M., Bartlett S.E., Whistler J.L. (2004), *Opioid receptors*, *Annu. Rev. Biochem.* 73, 953–990.

Weber D.A., Reynolds C.R. (2004), *Clinical perspectives on neurobiological effects of psychological trauma*, *Neuropsychol. Rev.* 14, 115–129.

Williams J.T., Christie M.J., Manzoni O. (2001), *Cellular and synaptic adaptations mediating opioid dependences*, *Physiol. Rev.* 81, 299–243.

Woodhams P.L., MacDonald R.E., Collins S.D., Chessell I.P., Day N.C. (2007), *Localisation and modulation of prostanoid receptors EP1 and EP4 in the rat chronic constriction injury model of neuropathic pain*, *Eur. J. Pain*, 11, 605–613.

Xiong W., Yu L.C. (2006), *Involvements of mu- and kappa- opioid receptors In morphine-induced antinociception in the nucleus accumbens of rats*, *Neurosci. Lett.* 399, 167–170.

Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błeszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Mariusz Wirga

Simonton Cancer Center, Malibu, Kalifornia

Ewa Wojtyna

Instytut Psychologii, Uniwersytet Śląski, Katowice

UDREKI ZDROWEGO UMYŚLU. NEUROPSYCHOLOGIA CIERPIENIA

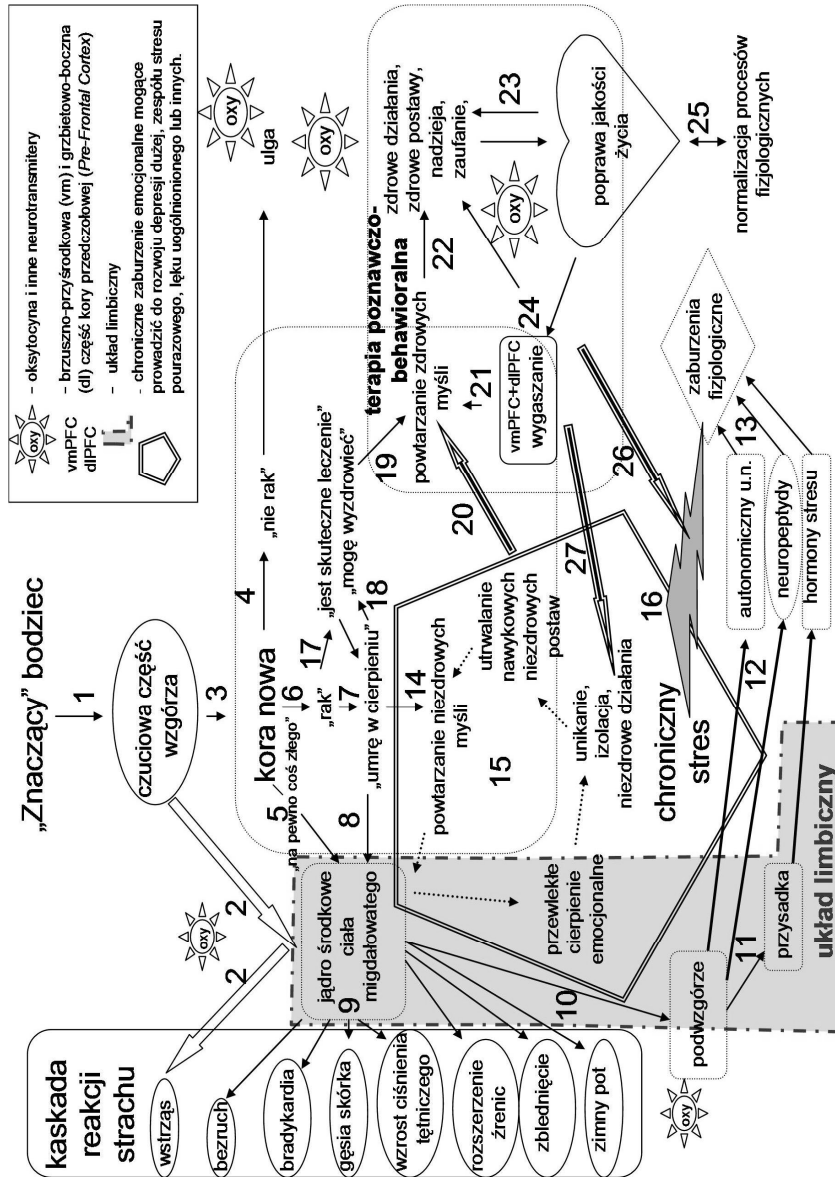
„Z mózgu, i tylko z mózgu, pochodzą nasze przyjemności, radość, śmiech, jak również żal, ból i łzy. Wszystkie te i inne uczucia pochodzą z mózgu i tylko z niego” – ten pogląd Hipokratesa nie wydaje się niczym zaskakującym dla współczesnej psychiatrii biologicznej, kiedy każdy stan emocjonalny jest przedstawiany jako swoiste zjawisko neurochemiczne czy neuroelektryczne.

W artykule autorzy omawiają zagadnienie cierpienia z punktu widzenia współczesnej neurofizjologii i neurokognitywistyki oraz wynikające z nich potencjalnie najskuteczniejsze sposoby pokonywania tego cierpienia.

Z cierpieniem psychicznym wiąże się odczuwanie negatywnych emocji, jak smutek, złość, lęk, strach, wstręt, zazdrość, nienawiść, poczucie winy lub pustki, tęsknota, żal, uraza, wstyd i inne nieprzyjemne lub bolesne uczucia.

Coraz lepiej rozumiemy podłoże cierpienia w mózgu dotkniętym takimi chorobami, jak schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa czy depresja. Coraz skuteczniej możemy też korygować zaburzenia chemiczne leżące u podłoża tych chorób i uwalniać pacjentów od cierpienia lub przynajmniej je zmniejszać. Jednocześnie wielu zdrowych psychicznie ludzi domaga się, by modyfikować farmakologicznie każdą niechcianą emocję, każdy dystres, każdy niepokój, smutek, czy trwogę. Ten sposób regulowania emocji nie sprawdza się jednak na dłuższą metę i prowadzi raczej do uzależnienia się od „cudownych tabletek” niż do wypracowania dojrzałych form radzenia sobie z życiowymi trudnościami.

Codzienne życie dostarcza wielu sytuacji, które są wyzwaniem dla zdolności adaptacyjnych i umiejętności radzenia sobie danego człowieka. Ciągły pośpiech, mnogość obowiązków w pracy, w domu – syndrom naszych czasów – sprzyja utrzymywaniu organizmu w stanie ciągłego stresu psychofizycznego, a także nasilaniu się wielu problemów i mnożeniu trudnych sytuacji. Wiąże się z tym przeżywanie negatywnych emocji. Ten artykuł dotyczy właśnie emocjonalnego cierpienia *zdrowego mózgu* – od cierpienia związanego z powszednimi zmartwieniami, niepokojami, smutkami po lęk, strach, rozpacz i depresję w obliczu zagrożenia życia swojego lub bliskich, albo też po stracie bliskiej osoby. Okazuje się, że tym emocjom towarzyszą też mierzalne procesy chemiczne i neuroelektryczne, które z kolei prowadzą do określonych zmian w procesach fizjologicznych całego organizmu. Współczesna neurokognitywistyka wskazuje na to, że takie emocje podstawowe jak strach, złość, radość, odraza czy zdziwienie są integralnym elementem funkcjonowania naszego ośrodkowego układu nerwowego (OUN), są na stałe wbudowane w nasz mózg (*hard-wired*) (LeDoux 1995). Dlatego, kiedy są w pełni wyrażone, nie mamy kłopotów z ich rozpoznanem - niezależnie od rasy czy kultury danej osoby – dzięki wspólnej nam wszystkim mowie ciała, mimice czy reakcjom fizjologicznym, jak np. zblednięcie. Co więcej, ekspresja poszczególnych emocji przebiega etapami, np. w reakcji strachu zauważono następującą kaskadę zdarzeń: reakcja wstrząsu (rys. 1.: etap 2), bezruch, bradykardia, gęsia skórka, wzrost ciśnienia, tachykardia, rozszerzenie źrenic, zblednięcie i zimny pot. Reakcje te są konsekwencją pobudzenia jądra środkowego ciała migdałowatego (**jścm**) (rys. 1.: etapy 8 i 9).



Rys. 1. Schematyczne ujęcie cierpienia emocjonalnego i jego wpływu na zdrowie w kontekście funkcjonalnym i strukturalnym. Objasnienia: linia przerywana zaznaczono układ limbiczny zawierający ciało migdałowate, formację hipokampa (spełniającego m.in. funkcje pamięci deklaratywnej) oraz podwzgórze – zawiadujące autonomicznym układem nerwowym i przysadką. Szczegółowy opis w tekście.

Strach i martwienie się

Prześledźmy procesy emocjonalne i neurofizjologiczne u kobiety, która właśnie czeka na telefon z informacjami na temat jej wyników biopsji guza piersi¹. Kobieta, spodziewając się „najgorszych wieści”, jest bardzo czujna i uważna, a każdy dzwonek telefonu aż wstrząsa jej ciałem – rozpoczyna się pierwsza faza fizjologicznej kaskady lęku (rys. 1.: etap 2). Jednak, gdy słyszy głos ludzi dzwoniących w innych sprawach, natychmiast odczuwa chwilową ulgę i nie dochodzi do pełnego wyrażenia sekwencji strachu, bo jądro środkowe ciała migdałowatego przestaje być pobudzane i kaskada reakcji się urywa. W końcu nasza bohaterka słyszy w słuchawce głos pielęgniarki upewniającej się, czy ma do czynienia z właściwą pacjentką, i proszącej, by chwilę zaczekała, aż połączy ją z onkologiem, bo on ma „ważne informacje” do przekazania. Oczekując na rozmowę z lekarzem, nasza pacjentka może myśleć w następujący sposób: *na pewno coś złego, bo inaczej od razu by mi powiedzieli, że wszystko w porządku* (rys. 1.: etapy 3 i 5) i jej napięcie wzrasta, zamiera w bezruchu, zdaje się jej, że serce się zatrzymało, pojawia się gęsia skórka (rys. 1.: etap 9). Gdy kobieta słyszy głos lekarza mówiącego, że to nowotwór złośliwy, czuje jak jej serce zaczyna łomotać, blednie, oblewa ją zimny pot (rys. 1.: etap 9). Nie słyszy już dalszych słów lekarza, tylko w jej umyśle przebiegają myśli i związane z nimi negatywne wyobrażenia (rys. 1.: etapy 6 i 7) takie jak np.: *to najgorsze, to koniec, wszystko się skończyło, wkrótce umrę, będę strasznie cierpieła, nie ma dla mnie szans, rak to wyrok, moje dzieci zostaną same i nie poradzą sobie beze mnie...* Następuje dalsze pobudzanie jścm, w konsekwencji czego strach i lęk się wzmacnia oraz utrwała. Dochodzi do pobudzenia podwzgórza (rys. 1.: etap 10) oraz – poprzez przysadkę (rys. 1.: etap 11) – do wydzielania hormonów stresu (oś podwzgórze–przysadka–nadnercza–HPA; *hypothalamic–pituitary–adrenocortical axis*). Podwzgórze poprzez autonomiczny układ nerwowy i neuropeptydy (rys. 1.: etap 12) wpływa też na procesy fizjologiczne (rys.1.: etap 13).

Jeżeli natomiast pacjentka usłyszałaby *to nie rak, to zmiana łagodna, nie wymaga dalszej diagnostyki ani radykalnego leczenia*”, nie doszłoby do negatywnych myśli i wyobrażeń utrzymujących pobudzenie jścm i kobieta odczułaby ulgę (rys.1.: etap 4).

Możemy powiedzieć, że negatywne myśli wobec diagnozy nowotworu złośliwego są „naturalne”. Jednak wpływają one nie z natury, lecz z uczenia się znaczenia słowa „rak”. Nie żyjemy w izolacji i od dzieciństwa słyszymy „rak” czy „nowotwór” w skojarzeniu z cierpieniem, tragedią osobistą i rodzinną,

¹ Ponieważ autorzy zajmują się pracą terapeutyczną z chorymi na nowotwory oraz z ich bliskimi, przytoczone przykłady odnoszą się właśnie do zdrowych psychicznie chorych onkologicznie.

śmiercią, żalobą itp. Bez tych skojarzeń słowo „rak” czy „nowotwór” jest emocjonalnie neutralne, nie wywołuje żadnych emocji. Wprawdzie w onkologii nastąpił wielki postęp w zakresie skuteczności leczenia, jednak ludzie nie reagują na to, co jest faktem, ale na to, o czym są przekonani (Wirga, DeBernardi 2002).

Emocje mogą się zatem pojawiać w wyniku często powtarzających się w życiu skojarzeń – w wyniku wyuczonych schematów. Schematy te często nie są uświadamiane sobie przez daną osobę, jednak uaktywniają się w specyficznych dla siebie okolicznościach, wywołując czasem niewspółmierne do sytuacji emocje. Tworzenie się „automatyzmów emocjonalnych” związane jest ze zjawiskiem neuroplastyczności (rys. 1.: etap 16). Te automatyzmy emocjonalne w teorii uczenia się i w podejściu poznawczo-behawioralnym przez niektórych autorów nazywane są postawami (Maultsby, Wirga 1998; Wirga, DeBernardi 2002).

Mózg, jako organ plastyczny, jest zdolny do własnej przebudowy i reorganizacji w zależności od potrzeb i wymagań środowiska zewnętrznego, jak i wewnętrznego. Komórki nerwowe potrafią organizować się w złożone systemy, odpowiedzialne za różne czynności, np. pamięć, zachowanie czy też uczenie się (Martin, Grimwood, Morris 2000; Post, Weiss, Li, Smith, Zhang, Xing, Osuch, McCann 1998). Te złożone systemy to sieci neuronowe. To właśnie one zarządzają naszymi zachowaniami – od zachowań odruchowych po złożone czynności wyższe OUN – emocje, funkcje poznawcze, wykonawcze itd.

Tworzenie się sieci odbywa się na drodze wielokrotnych pobudzeń danej grupy neuronów, prowadzących do efektywnego działania wyjściowego. Dzieje się to zgodnie z regułą Hebb’a (Brown, Milner 2003; Vieville, Crahay 2004; Longstaff 2002), która mówi, że jeżeli akson neuronu X bierze systematycznie udział w pobudzeniu neuronu Y powodując jego aktywację, wywołuje to zmianę metaboliczną w jednej lub w obu komórkach nerwowych, prowadzącą do wzrostu skuteczności pobudzenia Y przez X. Dzięki temu zjawisku może dojść do skojarzenia różnych nowych informacji czy bodźców – a więc do uczenia się, także na drodze warunkowania. W ten sposób można wyjaśnić pojawianie się np. lęku w obliczu faktów obiektywnie pozbawionych elementów wywołujących daną emocję.

Wzbudzenia grup neuronów w czasie przeżywania różnych doświadczeń pozwalają zakodować dane emocje, wspomnienia, umiejętności czy przekonania w formie sieci neuronowych, zaś integracja poszczególnych sieci umożliwia twórcze i adaptacyjne działanie w środowisku pełnym codziennych wyzwań i stresorów. To właśnie integracja jest kluczowym zjawiskiem odpowiedzialnym za optymalne funkcjonowanie człowieka w jego środowisku (Cozolino 2002).

Wielokrotne wzbudzenie obszarów mózgu związane z aktywacją przykrych emocji lub dysfunkcyjnych założeń czy przekonań w nowych, trudnych sytuacjach życiowych – a tak się często zdarza, gdy człowiek wciąż wraca myślami do trapiących go problemów – sprawia, że te nowe sytuacje są także kodowane i włączane w sieci neuronowe związane z przeżywaniem cierpienia. Tym samym dochodzi do warunkowania kontekstowego (Alford, Beck 2005) i cierpienie rozszerza się na kolejne sfery funkcjonowania człowieka, co ma też swoje odzwierciedlenie w funkcjonowaniu organizmu pod wpływem chronicznego stresu (rys. 1.: etapy 15 i 16).

Od cierpienia emocjonalnego do cierpienia fizycznego – stres i jego skutki

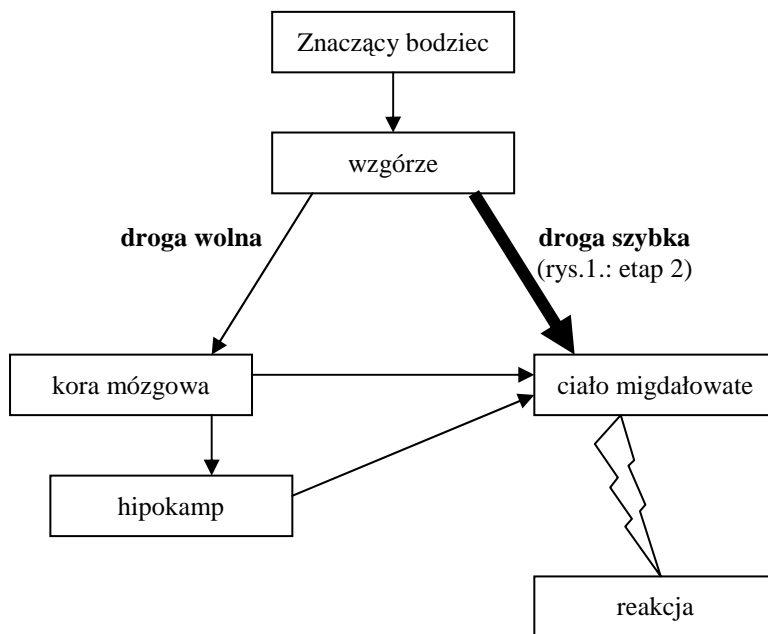
Interpretowanie zaistniałych lub antycypowanych zdarzeń w kategoriach zagrożenia, straty czy krzywdy sprzyja utrzymywaniu się lęku i smutku. Jak długo nasza pacjentka podtrzymuje negatywne myśli, przekonania i wyobrażenia o swojej chorobie, tak długo utrzymuje się u niej lęk. Jak długo w jej korze mózgowej choroba jest oceniana jednoznacznie z tragedią i żalobą, z nieodwracalnym zagrożeniem życia, nieuniknionym bólem i stratą, tak długo jest pobudzane jądro środkowe ciała migdałowatego i tak długo kobieta odczuwa lęk (rys. 1.: etapy 7, 8, 9 i 14).

W obliczu zagrożenia aktywacji ulega skomplikowany system mobilizacji organizmu do działania, mającego na celu ułatwienie przeżycia – mobilizacji organizmu do walki lub ucieczki. Jest to tzw. reakcja stresowa. W systemie tym ogromną rolę odgrywa układ współczulno-nadnerczowy, który jest uruchamiany już w pierwszej minucie reakcji stresowej i pozwala na natychmiastową i bardzo szybką redukcję zagrożenia. Drugim ważnym układem jest oś podwzgórze – przysadka – nadnercza (HPA), czyli tzw. oś stresu (rys. 1.: etapy 11 i 12). Działanie tego układu pojawia się po ok. 30 minutach, ale jego efekty utrzymują się dłużej. Oś HPA poprzez systemy sprzężeń zwrotnych wpływa na podtrzymywanie lub wygaszanie reakcji stresowej.

W ocenę danej sytuacji jako zagrożenia szczególnie istotnie zaangażowane są wspomniane już wcześniej obszary – hipokamp i ciało migdałowate. Ich współdziałanie – wraz z osią HPA – umożliwia sprawne reagowanie w obliczu zagrożenia i uruchamia reakcje sprzyjające przeżyciu.

W obliczu realnego lub potencjalnego (nawet tylko wyobrażonego) niebezpieczeństwa ciało migdałowate odpowiada za szybkie przesyłanie bodźców, co sprawia, że działamy bez zastanowienia (rys. 2; rys. 1.: etap 2). Struktura ta, związana z pamięcią emocjonalną, uczestniczy w rozpoznawaniu stresora i przypisaniu mu odpowiedniego znaczenia (Weber i Reynolds 2004; Vermet-

ten i Bremner 2002). To nadawanie znaczenia zależy od uprzednich doświadczeń człowieka, zwłaszcza tych zagrażających życiu.



Rys. 2. Szybka i wolna droga przewodzenia informacji o bodźcach do ciała migdałowego

Hipokamp natomiast jest częścią układu powolnego przesyłania bodźców (rys. 2). W hipokampie magazynowana jest pamięć towarzyszącej danej sytuacji kontekstu i percepcji bodźca, co pozwala na bardziej adekwatną ocenę faktów.

Zarówno ciało migdałowe, jak i hipokamp pełnią także nieco inne funkcje w regulacji wydzielania kortyzolu przez nadnercza, będące składową osi HPA. Ciało migdałowe stymuluje wydzielanie kortyzolu, a hipokamp je hamuje (np. Toates 1997; Sapolsky, Krey, McEwan 1984).

Tymczasem przewlekły stres – powodowany także poprzez utrzymujące się niezdrowe przekonania na temat sytuacji trudnej (np. choroby nowotworowej, braku realizacji pragnień, trudności w życiu rodzinnym czy w pracy) – prowadzi do ciągłej aktywacji kory nadnerczy i nadmiernej produkcji glikokortykoidów, w tym kortyzolu. W przypadku stresu krótkotrwałego glikokortykoidy uwalniają źródła energii, jednak przy długotrwałym stresie wywołują szereg niekorzystnych zmian w organizmie. Między innymi hiperkortyzolemia prowadzi do uszkodzenia i zmniejszenia objętości hipokampów (Herbert et al. 2006; Sapolsky 1996; Wooley, Gould, McEwan 1990). Uszkodzenie hipo-

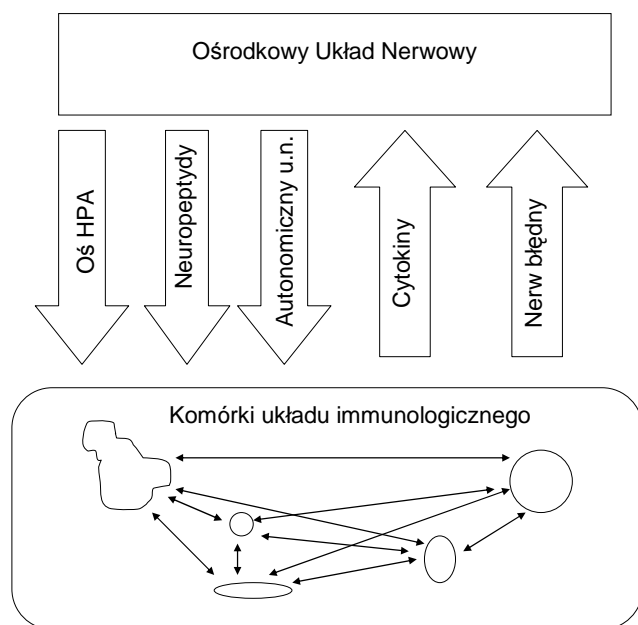
kampa z kolei jeszcze bardziej nasila poziom stresu, gdyż z jednej strony – poprzez osłabienie sprzężenia zwrotnego – nie dochodzi do skutecznego hamowania czynności wydzielniczej nadnerczy; z drugiej zaś – poprzez upośledzenie pamięci czy dysregulację afektu – za co m.in. odpowiada hipokamp – dochodzi do dalszych utrapień życiowych, wzmagających stres.

Stres i utraipenia życiowe nierzadko prowadzą także do wystąpienia lub pogłębienia depresyjnego nastroju. Okazuje się, że połączenia neuronalne odpowiedzialne za smutek znajdują się także w ciele migdałowatym i hipokampie, ale i w okolicy podstawy płatów czołowych (zwłaszcza w wyspie i przednim zakręcie obręczy). Podobnie jak w przypadku przewlekłego stresu, również w depresji często występuje hiperkortyzolemia i zmniejszenie się objętości hipokampa (por. Andreasen 2001).

Okazuje się, że u kobiet z rakiem piersi, które zgłaszały nawracające negatywne myśli dotyczące nowotworu, także dochodziło do zmniejszenia objętości hipokampa (Nakano 2002). Wydaje się zatem, że bardzo istotne jest dla nas to, co myślimy o stresujących wydarzeniach i jak często do tych zdarzeń w myślach powracamy. Jos F. Brosschot (Brosschot 2006) dowodzi, że właśnie takie bardzo często nawracające, czy też stale występujące negatywne myśli i wyobrażenia są podstawą chronicznego stresu i związanego z nim fizjologicznego pobudzenia. To z kolei może prowadzić do wielu chorób somatycznych poprzez przewlekłą aktywację układu krążenia, układu immunologicznego i autonomicznego. Negatywne myśli (katastrofizowanie) oraz unikanie związanych ze zdarzeniem bodźców może też prowadzić do rozwoju np. zespołu stresu pourazowego, zespołu bólu przewlekłego, czy też fibromialgii oraz innych schorzeń (McLean i wsp. 2005).

Coraz dokładniejsze rozumienie związków pomiędzy naszymi myślami a zdrowiem fizycznym świadczy o wielkim postępie od czasu badań Hansa Selye'a nad stresem. Cierpienie, jakiego doświadczały szczury Selyego, powodowało zanik morfologiczny i funkcjonalny elementów układu odpornościowego oraz często także i śmierć zwierząt. Wtedy Selye po raz pierwszy zaobserwował, że procesy te zachodzą za pośrednictwem osi stresu (HPA). Teraz dużo więcej wiemy na temat interakcji naszych procesów umysłowych, nerwowych i immunologicznych. Tymi interakcjami zajmuje się psychoneuroimmunologia (PNI). Wiemy już teraz, że nasz mózg wpływa na procesy fizjologiczne nie tylko poprzez HPA, ale także poprzez wydzielane przez mózg neuropeptydy, bezpośrednie zakończenia nerwowe w tkankach limfatycznych i inne mechanizmy (rys. 3). Mózg odbiera też informacje zwrotne o stanie układu immunologicznego poprzez wydzielane przez komórki odpornościowe cytokiny. Takie zmiany, jak: gorączka (Biddle 2006), brak apetytu, wycofanie się ze społecznych interakcji oraz spadek libido (Segreti i wsp. 1997) podczas chorób zakaźnych lub odczuwanie senności są wynikiem wpływu cytokin na nasz OUN.

Mózg odbiera również informacje o stanie układu immunologicznego bezpośrednio poprzez nerwy – zaobserwowano na przykład, że pobudzenie nerwu błędnego odpowiada za zachowania depresyjne poprzez aktywację struktur układu limbicznego (Konsman 2000). Istnieje także szereg interakcji pomiędzy samymi komórkami odpornościowymi, co razem daje niezwykle skomplikowany system wzajemnych oddziaływań. Te interakcje sięgają poziomu molekularnego i wpływają na ekspresję genów odpowiedzialnych za poszczególne funkcje limfocytów (Kin, Sanders 2006). Dzięki temu lepiej rozumiemy pozornie zaskakujące – choć względnie dawno zaobserwowane i wielokrotnie potwierdzone – zjawiska jak zmiany w zachowaniu w zależności od stanu układu immunologicznego (Grota, Ader, Cohen, 1987) czy też uczenie się (warunkowanie) odpowiedzi immunologicznej prowadzące do zwiększonej lub zmniejszonej odpowiedzi zapalnej (Ader, Cohen 1982) lub nawet eliminacji nowotworu (Ghanta i wsp. 1990). Wiedza ta może być zastosowana praktycznie w terapii czy w utrzymywaniu dobrego zdrowia.



Rys. 3. Wzajemne oddziaływania układu odpornościowego i mózgu
Objaśnienia: HPA – oś podgórzwoprzysadkowo-nadnerczowa

Podsumowując, przewlekające się cierpienie emocjonalne prowadzi do istotnego pogorszenia się zdrowia fizycznego i psychicznego, zmniejszając tym samym zasoby i podtrzymując trudną sytuację danego człowieka (rys. 1, etap 16).

Od cierpienia indywidualnego do cierpienia społecznego

Interesującym fenomenem jest wpływ oczekiwań na funkcjonowanie naszego organizmu. Pozytywne lub negatywne nastawienie może mieć tak istotne znaczenie, że współcześnie wszelkie nowe leki często testuje się klinicznie w porównaniu do pozbawionego działania farmakologicznego placebo. Okazuje się np., że placebo w porównaniu z lekami przeciwbólowymi może znieść ból nawet w stu procentach (McQuay, Carroll, Moore 1996). W chorobie Parkinsona de la Fuente-Fernández odkrył, że pod wpływem placebo dochodziło do wydzielania endogennej dopaminy w obszarze jąder podstawy, czyli dokładnie to, czego oczekujemy od skutecznych leków antyparkinsonowych (de la Fuente-Fernández i wsp. 2001). Z kolei Khan i współpracownicy w swoich badaniach zaobserwowali, że znaczny procent skuteczności leków przeciwdepresyjnych jest wynikiem działania właśnie efektu placebo (Khan, Detke i Khan 2003).

Efekt nocebo jest zjawiskiem, w którym oczekuje się negatywnych skutków leczenia i w rezultacie ich się doświadcza (Cavanna, Strigaro, Monaco 2007). Choć nocebo i placebo są przeciwieństwami, to jednak mają podobne podłoże psychologiczne i fizjologiczne (Benedetti i wsp., 2003, 2007). Stanowią one przykład siły naszych umysłów, zdolnych kierować nas zarówno ku zdrowiu, jak i ku chorobie, a nawet – w pewnych okolicznościach – mogących powodować śmierć (Benson 1997). Oba te zjawiska mają istotne znaczenie dla skuteczności i objawów niepożądanych leków stosowanych na co dzień w medycynie (Flaten, Simonsen, Olsen 1999).

Brak lub niespełnienie oczekiwań społecznych może być źródłem swoistego wpływu nocebo na grupy społeczne i wywoływać masowe wybuchy *socjogennych* dolegliwości (Sirois 1974; Bartholomew, Wessley 2000; Powell i wsp. 2007), będących szczególną formą cierpienia społecznego. Autorzy (M.W. i E.W.) uważają, że niezależnie od tego, jakie byłyby mechanizmy efektów placebo i nocebo, doświadczający ich ludzie są przekonani o *naturalnym* źródle zachodzących procesów i wierzą, że przebieg tych zjawisk jest wiarygodny w kontekście ich kultury i tradycji społecznej. Innymi słowy, znaczenie, jakie nadamy różnym zabiegom czy substancjom, może nas uzdrowić lub pozbawić życia (efekt voo-doo) – doświadczamy takich objawów (chorobowych lub zdrowia), jakie uważamy, że możemy mieć (rys. 1.: etapy 4, 5, 6, 7, 14, 15, i 16 oraz 17, 18, 19 i 20).

Wpływ relacji międzyludzkich na zdrowie był podejrzewany od dawna. Konflikty z osobami z naszego otoczenia są bardzo istotnym źródłem stresu (Rook 1984) z jego poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi. Z drugiej stro-

ny, adekwatne wsparcie społeczne ma ochronne działanie na nasze zdrowie (Cohen 2004).

Innym aspektem społecznego kontekstu cierpienia jest wpływ poczucia samotności na zdrowie. Okazuje się, że subiektywne poczucie osamotnienia społecznego, niezależnie od obiektywnej rozległości kontaktów społecznych, wpływa na pogorszenie się stanu zdrowia (Cacioppo, Hawkley 2003; Cacioppo i wsp. 2000; Uchino, Cacioppo, Kiecolt-Glaser 1996). Współczesne badania wskazują, iż czynniki społeczne mają wpływ na ekspresję genów. Subiektywne poczucie izolacji społecznej związane jest z zaburzeniem transkrypcji genów glukokortykoidów i ze zwiększeniem ryzyka chorób zapalnych (Cole, Hawkley, Arevalo, Sung, Rose, Cacioppo 2007).

Czy cierpienie przynosi nam korzyści?

Wielu z nas doświadczyło rozłąki z bliską nam osobą. Szczególnie jeżeli łączyły nas więzy miłosne, to prawdopodobnie w listach, mailach, rozmowach telefonicznych barwnie tej osobie opisywaliśmy, jak nam ta rozłąka doskwiera, jak bardzo tęsknimy. Wydaje się, że poziomem cierpienia w tej sytuacji udowadniamy głębię i siłę naszej miłości. A jeżeli ta rozłąka jest spowodowana śmiercią bliskiej osoby? W sytuacjach klinicznych spotykamy się z ludźmi, którzy są przekonani, że jeżeli po stracie nie będą cierpieć intensywnie, to będzie to dowodem niezbyt głębokiego uczucia. Również otoczenie żałobnika często bacznie obserwuje jego przejawy cierpienia jako wskaźnik siły uczucia do zmarłej osoby. Brak wyraźnych objawów bólu emocjonalnego u żałobnika często jest interpretowany jako brak silnej miłości i może prowadzić do jego potępienia. Z tej perspektywy okazywanie cierpienia zdaje się przynosić korzyści społeczne. Tymczasem stwierdzono, że rozpamiętywanie straty, trwałe i nawracające skupianie się na negatywnych emocjach i objawach prowadzi do utrwalania patologicznych sposobów radzenia sobie (Stroebe i wsp. 2007; Shear i wsp. 2007).

Okazywanie złości, prócz tego, że może nas ochraniać lub pomagać w osiągnięciu celów, często także pełni funkcje społeczne – poprzez intensywność wyrażania oburzenia, wyrażamy często ważne stanowisko moralne. Wobec pewnych problemów nie wypada się nie oburzyć i tej złości nie wyrazić. Złość jest zresztą drugą po radości emocją, której odczuwanie jest dla ludzi istotne i pożądane (DiGiuseppe, Tafrate 2006).

Często w naszej kulturze mówi się, że cierpienie uszlachetnia. Viktor Frankl pokazał swoim przykładem i opisał w książkach, że odnajdywanie znaczenia nawet w najsłabszym cierpieniu (Frankl 1946), zrozumienie go

jako sygnał do zmiany i ewentualne pokonywanie go jest związane z rozwojem osobistym (Calhoun, Tedeschi 2006).

Jednym ze sposobów, w jaki możemy pomóc chorym, jest dyskusja nad korzyściami płynącymi z ich dolegliwości. Choroba często wiąże się z większym zainteresowaniem ze strony rodziny, pozwala mieć więcej czasu dla siebie i bliskich, ułatwia proszenie o pomoc i przyjmowanie tej pomocy. W chorobie łatwiej powiedzieć innym „nie”, co może być trudne w innych okolicznościach, np. ze względu na obawy przed negatywną oceną takiego zachowania. Korzyści wtórne z dolegliwości wskazują na ważne potrzeby, które pozwalamy sobie zaspokajać tylko wtedy, kiedy jesteśmy chorzy. Tym bardziej istotne staje się ich zidentyfikowanie i zaspokojenie w inny sposób niż poprzez chorowanie, a także to, by te nowe sposoby realizowania potrzeb zajęły stałą pozycję w naszym życiu. Analiza korzyści wtórnych i kryjących się za nimi ważnych potrzeb jest jednym z głównych elementów Programu Simontona – psychoterapii dla chorych onkologicznie (Simonton i wsp. 2003).

Od cierpienia emocjonalnego i fizycznego do cierpienia duchowego

Jak przedstawiono powyżej, cierpienie emocjonalne i cierpienie fizyczne są ze sobą bardzo ściśle powiązane i wzajemnie się mogą wzmacniać. Wiemy też, że cierpienie fizyczne często związane jest z cierpieniem duchowym (Wachholtz, Pearce, Koenig 2007). Bo czyż cierpienia związane z negatywnymi emocjami wywołanymi przez takie niezdrowe przekonania fundamentalne, jak: *moje życie nie ma sensu, jestem z natury złym człowiekiem, moja choroba jest zasłużoną karą za grzechy, Bóg mnie opuścił, skończę w piekle* itp. nie zaliczają się do cierpienia duchowego? Eliade (1959) sugerował, że w swych początkach człowiek starał się być blisko tego, co uważał za święte i ostatecznym cierpieniem była agonia, kiedy to, co święte stawało się niedostępne. Szczególnego światła zagadnieniu bólu duchowego, oraz związanych z nim przekonań i wpływających z nich emocji, dodaje opublikowana niedawno korespondencja Matki Teresy z Kalkuty (2007), opisująca między innymi jej zmagania z przekonaniem, że Bóg ją opuścił. Autorzy uważają, że to nie tyle same doświadczenia duchowe lub ich brak, ale to, co myślimy o ich znaczeniu oraz fundamentalne przekonania prowadzą do spokoju ducha lub jego niepokoju i cierpienia.

Podsumowując, warto podkreślić istnienie związku różnych form cierpienia z cierpieniem emocjonalnym, którego podłożem mogą być niezdrowe przekonania, myśli i nawykowe postawy. Zatem proces uwalniania się od takiego cierpienia jest taki sam, jak proces uwalniania się od negatywnych emocji.

Albert Eblis (1994) uważał, że to my jesteśmy twórcami całego znaczenia w życiu i jednym z celów psychoterapii jest dokonanie głębokiej zmiany filozoficznej.

Środki zaradcze

Nie zawsze możliwe jest proste rozwiązanie problemów. Rzadko mamy możliwość zmiany rzeczywistości. Wówczas dalsze pozostawanie w tej sytuacji sprzyja utrzymywaniu się, a nawet pogłębianiu dyskomfortu psychicznego. Pamiętając jednak o tym, że emocje zależą od sposobu interpretacji faktów, można zmienić własne samopoczucie w obiektywnie trudnej sytuacji poprzez zmianę myślenia o niej.

Aby się lepiej poczuć i mniej cierpieć emocjonalnie, istotne jest, żebyśmy zaczęły inaczej i zdrowiej myśleć o swoim położeniu. Wracając do opisanej wcześniej kobiety chorej na raka piersi, dopóki obecny jest rak, pacjentka nie może się lepiej poczuć, jeżeli nie zmieni znaczenia, jakie dla niej ma ten nowotwór. Nowe znaczenie spowoduje aktywację innych sieci neuronowych, innych obszarów mózgu i inną reakcję w ciele migdałowatym, a w konsekwencji i inne emocje.

W swojej pracy klinicznej obserwujemy pacjentów, którzy albo intuicyjnie, albo poprzez odpowiednie interwencje psychoterapeutyczne już krótko po usłyszeniu diagnozy rozpoczynają życie zgodne z „higieną umysłową” oraz świadomie i celowo skupiają się na zdrowych myślach (rys. 1.: etapy 17, 18 i 19). W dalszym ciągu może się jednak i u tych pacjentów pojawiać zwątpienie i powrót do wywołujących cierpienie niezdrowych myśli.

Z czasem i nasza przykładowa pacjentka nauczy się żyć jak najpełniej i uczestniczyć z nadzieją w leczeniu. Wówczas przez większość czasu nie będzie dochodziło u niej do pobudzenia jśm, a tym samym chora tak często nie będzie odczuwać lęku. Jednak gdy nadejdzie czas na badanie kontrolne, pacjentka znowu może zacząć się martwić o to, jakie będą wyniki – wtedy powróci cierpienie. Dobrze jest, gdy wtedy – samodzielnie, lub pod wpływem interwencji – chora dojdzie do wniosku, że zdrowiej jest ufać, bo jak wskazują współczesne badania, stanom psychicznym odpowiadającym zaufaniu towarzyszy wydzielanie oksytocyny, która z kolei wpływa na zmniejszenie odczuwanego lęku oraz wpływa na procesy poznawcze z nim związane (Zak i wsp. 2005; Kosfeld i wsp. 2005; Kirsch i wsp. 2005).

Ostatecznym – i jak to Ellis (1962, 1987) nazywał: eleganckim – sposobem uwalniania się od lęku, nie jest przekonywanie się, że śmierć nie nadejdzie, ale nadanie jej zdrowego znaczenia i oswojenie się z myślą o własnej śmierci.

telności. Wówczas – dzięki zdrowemu myśleniu o niej – nie dochodzi do pojawienia się strachu przed czekającym nas wszystkim umiarem.

Nawet gdy doszło do utrwalenia wcześniej opisywanych niezdrowych myśli, prowadzących do ciągłego pobudzania jścm, chronicznego stresu i związanych z nim zaburzeń fizjologicznych i zachowania, odpowiednie interwencje poznawczo-behawioralne mogą niezwykle pomóc w uwalnianiu się od tego nawarstwionego cierpienia i w przywracaniu homeostazy. Skuteczna interwencja często zaczyna się identyfikacją utrwalonych niezdrowych myśli, przekonań i postaw oraz sformułowaniem zdrowych, przeciwstawnych myśli (proces ten został szczegółowo opisany gdzie indziej [Simonton 2003; Maultsby, Wirga 1998; Maultsby 1992]). Następnym ważnym krokiem jest zaangażowanie się w proces pozwalający na wygaszanie niezdrowych nawyków oraz odpowiednie ćwiczenie umysłowe nowych, zdrowych myśli (rys. 1.: etapy 20 i 21). Umożliwiają to techniki poznawczo-behawioralne, takie jak np. praca z wyobraźnią (Simonton 2003; Wirga, DeBernardi 2002) czy Racjonalna Wyobraźnia Emocjonalna (Maultsby 1992) oraz wprowadzanie zdrowych zmian w zachowaniu (rys. 1.: etapy 22 i 23).

Wyjątkowa forma cierpienia: opór i dysonans

Gdy tylko zaczynamy robić coś, co jest sprzeczne z naszymi nawykami i utartymi sposobami myślenia, pojawia się nieuniknione poczucie, że ta nowa czynność (myśl i/lub działanie) nam nie pasują. Pojawia się wówczas opór prowadzący często do zaniechania dalszych prób podejmowania nowego zachowania. Nawet samo myślenie o takiej czynności wyzwała tę reakcję. Jest to nieunikniony etap zmiany zwany – według racjonalnej poznawczo-behawioralnej teorii uczenia się – dysonansem poznawczo-emocjonalnym (Maultsby 1992). W tej fazie podczas podejmowania nowych zachowań pojawia się nieprzyjemne poczucie, że to zachowanie jest dziwne, nienaturalne, błędne, czy niesłuszne – po prostu nam ono nie pasuje, tak samo, jak na początku Polakom może nie pasować prowadzenie samochodu w krajach o ruchu lewostronnym. Podobnie nie pasuje naszej przykładowej pacjentce przekonanie, że jej nowotwór może być chorobą uleczalną, jeżeli dotychczas była absolutnie przekonana, że „rak to wyrok”.

Okazuje się, że dla zachowania dotychczasowej równowagi potrafimy oprzeć się także potencjalnie korzystnym zmianom. Za wszelką cenę nie chcemy wówczas porzucić dobrze znanego nam stanu, nawet wtedy, gdy jest to stan niepożądany, a brak zmiany może doprowadzić do pogorszenia się sytuacji (Bardwick 1995). Szczególnie często tak się zdarza, gdy posiadamy niewiele zasobów. Ludzie, którym brakuje zasobów, zwykle przyjmują posta-

wę defensywną i strzegą tego, co posiadają (Hobfoll 2006). Dotyczy to także sfery umysłu. Bywa więc, że jesteśmy bardziej przywiązani do swojego sposobu myślenia niż do życia. Z drugiej strony, to właśnie nasz sposób myślenia może pomóc nam znieść olbrzymie cierpienia lub się od nich uwalniać (Frankl 1946).

Dla osoby o utrwalonym przekonaniu, że wkrótce umrze w wielkim cierpieniu i że nic jej nie może z tego cierpienia uwolnić, rozważenie przeciwnych myśli (choć zdrowych i opartych na faktach) wywołuje sprzeciw. Taki człowiek nie wierzy w nowe zdrowsze wyobrażenia, nie pasują mu one, wydają się nienaturalne, dziwaczne i niewłaściwe. Może nawet pojawić się przekonanie, że on sam się tutaj oszukuje i na tym etapie (rys. 1.: etapy 21 i 22) może zarzucić dalsze ćwiczenie oraz wprowadzanie zmian w swoim życiu i powrócić do starych nawyków. Tymczasem, należy zignorować to niepasujące nam poczucie dysonansu i ćwiczyć to, co zdecydowaliśmy, że jest dla nas zdrowsze tak długo, aż zacznie nam pasować.

Strukturami, które związane są z tym nowym myśleniem, są grzbietowo-boczna i brzuszno-przyśrodkowa część kory przedczołowej (Morgan et al. 1993; Procyk, Goldman-Rakic 2006; Olejarczyk 2007). To tutaj zachodzi zmiana naszego rozumienia bodźca – tu nadajemy mu nowe znaczenie (np. z „na pewno wkrótce umrę w cierpieniu, osierocając dzieci”, na „mogę wyzdrowieć, a jeżeli umrę, to mogę być wolna od cierpienia, a dzieci mogą nadal mieć właściwą opiekę”). To właśnie te struktury są związane z wygaszaniem starych (w tym przypadku niezdrowych) przekonań i utrwalonych zachowań (rys. 1.: etapy 24 i 27) i zastępowaniem ich nowymi postawami, przekonaniami i nawykami (rys. 1.: etapy 24, 21 i 22) oraz wzmacnianiem nadziei. To z kolei może hamować niepożądane procesy psychofizjologiczne (rys. 1.: etap 26) i sprzyjać poprawie jakości życia oraz zdrowiu.

Ćwiczenie w wyobraźni (Edwards, 2007) i nadawanie zdrowych znaczeń bodźcom, na które jesteśmy często eksponowani, nie tylko powoduje zmiany funkcjonalne, biochemiczne i strukturalne w naszym mózgu oraz czyni go odporniejszym na cierpienie, ale może doprowadzić do osiągnięcia niezwykłych umiejętności. Dotychczas w wielu badaniach na zdrowych ochotnikach nie udało się modyfikować reakcji wstrząsu w kaskadzie strachu (rys. 1.: etap 2) i ta reakcja uważana była jednoznacznie za niemodyfikowalną (chyba że poprzez ingerencję chirurgiczną w struktury mózgu). Jednak, jak się okazuje, osoby mające olbrzymie doświadczenie w ćwiczeniu swoich umysłów poprzez medytację (jak np. mnisi tybetańscy) mogą doprowadzić do zmiany tej reakcji (Goleman 2004). Czy oznacza to, że ci ludzie mają inne mózgi? Ich mózgi różnią się od „zwyczajnych” w takim samym znaczeniu, jak mięśnie kulturysty różnią się od tkanki mięśniowej przeciętnych ludzi. Istotą tych

różnic jest trening, zatem wspomniane umiejętności są potencjalnie dostępne dla wszystkich pod warunkiem zaangażowania się w odpowiednie ćwiczenia.

W terapii pomagającej uwolnić się od cierpienia pojawia się także wiele innych elementów, jak np.: świadomy oddech, kształtowanie nadziei bez przywiązywania się do wyniku, zdrowa semantyka, angażowanie się w czynności witalne (przynoszące poczucie radości, sensu i spełnienia), uwalnianie się od lęku od śmierci, zabawa, wybaczenie, zaufanie, zdrowa komunikacja i inne (Simonton, 2003).

Wnioski

- Reakcje emocjonalne są na trwałe wbudowane w mózg - *hard-wired*.
- Edukacja (uczenie) emocjonalne jest uczeniem znaczenia bodźca, a nie uczeniem reakcji.
- Kiedy uczymy się [lub wyobrażamy przyswojenie sobie] nowych znaczeń bodźca, przeciwnych do nawykowo nadawanych, odczuwamy dyskomfort – dysonans poznawczo-emocjonalny.
- Nowe znaczenie bodźca może być świadomie ćwiczone przez wyobrażenie i z czasem zastąpić „stare”, nawykowo nadawane znaczenie.
- Zdrowsze znaczenie bodźca będzie zmniejszało nasze cierpienie emocjonalne i będzie za sobą pociągało zdrowsze zmiany w fizjologicznym funkcjonowaniu naszego organizmu.
- Ćwiczenie w wyobraźni (terapia poznawczo-behawioralna) ma też wpływ na zmiany strukturalne i chemiczne w mózgu, czyniąc je bardziej odpornymi na depresję i lęk.
- Nasze myśli, poprzez emocje, wpływają na nasze zdrowie na poziomie układowym, komórkowym i genowym.
- Możemy nauczyć się skutecznych sposobów kształtowania naszych myśli i emocji, by wspierać mechanizmy zdrowienia.

Ostatecznie droga wyzwalania się od cierpienia nie musi zatem przyjmować radykalnych postulatów abolicjonistów – szkoły bioetycznej mającej za cel zniesienie cierpienia i zwiększenie odczuwania szczęścia poprzez interwencje biotechnologiczne (Mancini 1986). Nie musi też wiązać się z przepisywaniem leków psychotropowych tylko dlatego, że ktoś chce się lepiej poczuć i się tego domaga. Od zarania dziejów człowiek próbował poprawiać sobie samopoczucie lub radzić sobie z cierpieniem emocjonalnym poprzez zażywanie różnych substancji psychoaktywnych – u wielu kończyło się to jednak uzależnieniem i jeszcze większym cierpieniem sprawianym zarówno sobie, jak i bliskim. Również poddawanie się postulowanym, ale jeszcze nieosią-

gnięty, zabiegom inżynierii genetycznej czy wszczepianie w mózg urządzeń (nawet tych nanotechnologicznych) może mieć niezamierzone skutki (por. efekt nocebo).

Maultsby (1992) często powtarza, że naszym najlepszym sojusznikiem w egzekwowaniu naszego przyrodzonego prawa do szczęścia są nasze zdrowe mózgi. Jak się okazuje, by lepiej się poczuć, nie musimy zmieniać naszych mózgów, a jedynie nasze zdanie o sobie i otoczeniu. Współczesna neurofizjologia pomaga nam coraz lepiej zrozumieć, a praktyka terapii poznawczo-behavioralnych pozwala nam na skuteczne zmniejszanie cierpienia i zwiększanie poczucia szczęścia, choć mamy wciąż takie same mózgi, jakie mieli nasi praprzodkowie. Niektóre praktyki duchowe od tysiącleci pomagały naszym przodkom to osiągać i – co ciekawe – praktyki te są zbieżne z tym, co opisaliśmy wyżej (Hanh 1998). Nie budzi już wątpliwości twierdzenie, że mózg jest źródłem naszych emocji, a osiągnięcia współczesnej neurokognitywistyki wskazują, że już Hipokrates miał rację, mówiąc o mózgu jako interpretatorze świadomej rzeczywistości.

Przystąpmy zatem jeszcze dzisiaj do ćwiczeń w zdrowej interpretacji i w nadawaniu znaczeń otaczającemu nas światu.

Bibliografia

Ader R., Cohen N. (1982), *Behaviorally conditioned immunosuppression and murine systemic lupus erythematosus*, Science. 215:1534–1536.

Alford B.A., Beck A.T. (2005), *Terapia poznawcza jako teoria integrująca psychoterapię*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

Andreasen N.C. (2001), *Brave new brain: Conquering mental illness in the era of the genome*, Oxford University Press, New York.

Bardwick J. (1995) *Danger in the Comfort Zone: How to Break the Entitlement Habit that's Killing American Business*, American Management Association, New York.

Bartholomew R., Wessley S. (2002), *Protean nature of mass sociogenic illness: from possessed nuns to chemical and biological terrorism fars*, Br J Psychiatry 180:300–306.

Benedetti F., Pollo A., Lopiano L., Lanotte M., Vighetti S., Rainero I. (2003), *Conscious expectation and unconscious conditioning in analgesic, motor, and hormonal placebo/nocebo response*, J Neurosci. 23(10):4315–4323.

Benedetti F., Lanotte M., Lopiano L., Colloca L. (2007), *When words are painful: unraveling the mechanisms of the nocebo effect*, Neuroscience. 147(2):260–271.

- Biddle C. (2006), *The neurobiology of the human febrile response*, AANA J. 2006 Apr; 74(2):145–150.
- Brosschot J.F. (2006), *The perseverative cognition hypothesis: a review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and Health*, J Psychosom Res. 60(2):113–124.
- Brown R.E., Milner P.M. (2003), *The legacy of Donald O. Hebb: More than the Hebb synapse*, Nature Reviews. Neuroscience, 4, 1013–1019.
- Cacioppo J.T., Ernst J.M., Burleson M.H., McClintock M.K., Malarkey W.B., Hawkley L.C., i wsp. (2000), *Lonely traits and concomitant physiological processes: the MacArthur social neuroscience studies*, Int J Psychophysiol. 35:143–154.
- Cacioppo J.T., Hawkley L.C. (2003), *Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms*, Perspect Biol Med. 46(3 Suppl):S39–52.
- Calhoun L.G., Tedeschi R. G. (Eds.). (2006), *The Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice*, Mahwah, NJ Lawrence Erlbaum.
- Cavanna A.E., Strigaro G., Monaco F. (2007), *Brain mechanisms underlying the placebo effect in neurological disorders*, Funct Neurol. 22(2):89–94.
- Cohen S. (2004), *Social relationships and health*, American Psychologis. 59, 676–684.
- Cole S.W., Hawkley L.C., Arevalo J.M., Sung C.Y., Rose R.M., Cacioppo J.T. (2007), *Social regulation of gene expression in human leukocytes*, Genome Biol. 8(9):R189
- Cozolino L. (2002), *The neuroscience of psychotherapy. Building and rebuilding the human brain*, W.W. Norton, New York.
- DiGiuseppe R., Tafrate R. (2006), *Understanding anger and anger disorders*, Oxford University Press, New York.
- Darko D.F., Mitler M.M., Henriksen S.J. (1995), *Lentiviral infection, immune response peptides and sleep*, Adv Neuroimmunol. 5(1):57–77.
- Edwards D. (2007), *Restructuring implicational meaning through memory-based imagery: Some historical notes*, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 38:306–316.
- Eliade M. (1959), *The sacred and the profane*, Harcourt Brace, New York.
- Ellis A. (1962), *Reason and emotion in psychotherapy. Secaucus. Secaucus*, Citadel Press, New Jersey.
- Ellis A., Dryden W. (1987), *The practice of rational-emotive therapy (RET)*, Springer Publishing Company, New York.
- Ellis A. (1994), *Reason and emotion in psychotherapy, revised and updated*, Birch Lane Press, New York.
- Flaten M.A., Simonsen T., Olsen H. (1999), *Drug-related information generates placebo and nocebo responses that modify the drug response*, Psychosom Med. 61(2):250–255.

Frankl V.E. (1984), *Man's search for meaning*, Washington Square Press, (orig. 1946).

de la Fuente-Fernández R., Ruth T.J., Sossi V., Schulzer M., Calne D.B., Stoessl A.J. (2001), *Expectation and dopamine release: mechanism of the placebo effect in Parkinson's disease*, *Science*. 10, 293(5532):1164–1166.

Ghanta V.K., Hiramoto N.S., Solvarson H.B., Soong S.J., Hiramoto R.N. (1990), *Conditioning: a new approach to immunotherapy*, *Cancer Res*. 15, 50(14):4295–4299.

Goleman D. (2004), *Destructive emotions. How can we overcome them? A Scientific Dialogue with the Dalai Lama*, Bantam Dell., 15–17.

Grota L.J., Ader R., Cohen N. (1987), *Taste aversion learning in autoimmune MRL lpr/lpr and MRL +/+ mice*, *Brain, Behavior, and Immunity*, 1, 238–250.

Hanh T.N. (1998), *Heart of the Buddha's Teaching: Transforming Suffering into Peace, Joy, & Liberation*, The Four Noble Truths, the Noble Eightfold Path, & Other Basic Buddhist Teachings. Parallax Press.

Herbert J., Goodyer I.M., Grossman A.B. i wsp. (2006), *Do corticosteroids damage the brain?*, *J Neuroendocrinol*, 18, 393–411.

Hobfoll S.E. (2006), *Stres, kultura i społeczność*, GWP, Gdańsk.

Khan A., Detke M., Khan S.R.F. (2003), *Placebo response and antidepressant clinical trial outcome*, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(4), 211–218.

Kin N.W., Sanders V.M., (2006), *It takes nerve to tell T and B cells what to do*, *J Leukoc Biol*. 79(6):1093–1104.

Kirsch P., Esslinger C., Chen Q., Mier D., Lis S., Siddhanti S., Gruppe H., Mattay V.S., Gallhofer B., Meyer-Lindenberg A. (2005), *Oxytocin modulates neural circuitry for social cognition and fear in humans*, *J Neurosci*. 25(49):11489–11493.

Konsman J.P., Luheshi G.N., Bluthé R.M., Dantzer R. (2000), *The vagus nerve mediates behavioural depression, but not fever, in response to peripheral immune signals; a functional anatomical analysis*, *Eur J Neurosci*, 12(12):4434–4446.

Kosfeld M., Heinrichs M., Zak P.J., Fischbacher U., Fehr E., (2005), *Oxytocin increases trust in humans*, *Nature*. 435(7042):673–666.

LeDoux J.E. (1995), *In search of an emotional system in the brain: Leasing from fear to emotion and consciousness. The Cognitive Neurosciences*, Gazzaniga M. S. eds., Mass.: MIT Press, Cambridge, 1049–1061.

Longstaff A. (2002), *Krótkie wykłady – Neurobiologia*, PWN, Warszawa.

Mancini L. (1986), *Brain stimulation to treat mental illness and enhance human learning, creativity, performance, altruism, and defenses against suffering*, *Medical Hypotheses*, Volume 21, Issue 2:209–219.

McLean S.A., Clauw D.J., Abelson J.L., Liberzon I. (2005), *The development of persistent pain and psychological morbidity after motor vehicle collision: integrating the potential role of stress response systems into a biopsychosocial model*, Psychosom Med. 67(5):783–790.

McQuay H., Carroll D., Moore A. (1996), *Variation in the placebo effect in randomized controlled trials of analgesics: all is as blind as it seems*, Pain. 64(2):331–335.

Martin S.J., Grimwood P.D., Morris R.G.M. (2000), *Synaptic plasticity and memory: An evaluation of the hypothesis*, Annual Review of Neuroscience, 23, 649–711.

Maultsby M.C., Wirga M. (1998), *Behavior Therapy. Encyclopedia of Mental Health*, CA: Academic Press, San Diego 221–234.

Morgan M.A., Romanski L.M., LeDoux J.E. (1993), *Extinction of emotional learning: contribution of medial prefrontal cortex*, Neurosci Lett. 163(1):109–113.

Nakano T., Wenner M., Inagaki M., Kugaya A., Akechi T., Matsuoka Y., Sugahara Y., Imoto S., Murakami K., Uchitomi Y. (2002), *Relationship between distressing cancer-related recollections and hippocampal volume in cancer survivors*, Am J Psychiatry. 159(12):2087–2093.

Olejarczyk E. (2007), *Application of fractal dimension method of functional MRI time-series to limbic dysregulation in anxiety study*, Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc. 1:3408–3410.

Post R.M., Weiss S.R., Li H., Smith M.A., Zhang L.X., Xing G., Osuch E.A., McCann U.D. (1998), *Neural plasticity and emotional memory*, Development and Psychopathology, 10, 829–879.

Powell S.A., Nguyen C.T., Gaziano J., Lewis V., Lockey R.F., Padhya T.A. (2007), *Mass psychogenic illness presenting as acute stridor in an adolescent female cohort*, Ann Otol Rhinol Laryngol. 116(7):525–531.

Procyk E., Goldman-Rakic P.S. (2006), *Modulation of Dorsolateral Prefrontal Delay Activity during Self-Organized Behavior*, J. Neurosci. 26: 11313–11323.

Rook K.S. (1984), *The negative side of social interaction: Impact on psychological well-being*, Journal of Personality and Social Psychology, 46, 1097–1108.

Sapolsky R.M., Krey L.C., McEwen B.S. (1984), *Glucocorticoid-sensitive hippocampal neurons are involved in terminating the adrenocortical stress response*, Proceedings of the National Academy of Science, USA, 81, 6174–6177.

Sapolsky R.M., Romero L.M., Munck A.U. (2000), *How do glucocorticoids influence stress response? Integrating, permissive, suppressive, stimulatory, and preparative actions*, Endocrin Rev, 21, 55–89.

Segreti J., Gheusi G., Dantzer R., Kelley KW., Johnson R.W. (1997), *Defect In interleukin-1beta secretion prevents sickness behavior in C3H/HeJ mice*, *Physiol Behav*, 61(6):873–878.

Shear K., Monk T., Houck P., Melhem N., Frank E., Reynolds C., Silowash R. (2007), *An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance*, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007 Jul 14 [Epub ahead of print].

Simonton O.C., Henson R., Hampton B.(2003), *Jak żyć z rakiem i go pokonać*, Wydanie 3, RAVI.

Sirois F. (1974), *Epidemic hysteria*, *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 252:1-46.

Stroebe M., Boelen P.A., van den Hout M., Stroebe W., Salemink E., van den Bout J. (2007), *Ruminative coping as avoidance: A reinterpretation of its function in adjustment to bereavement*, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007 Jul 14 [Epub ahead of print]

Teresa M., Kolodiejchuk B. (2007), *Mother Teresa: Come Be My Light*, Doubleday.

Vermetten E., Bremner J.D. (2002), *Circuits and systems in stress*, I. Preclinical studies. *Depress Anxiety*, 15, 126–147.

Vieville T., Crahay S. (2004), *Using an hebbian learning rule for multi-class SVM classifiers*, *Journal of Computational Neuroscience*. 17, 271–287.

Wachholtz A.B., Pearce M.J., Koenig H. (2007), *Exploring the Relationship between Spirituality, Coping, and Pain*, *J Behav Med*. 30(4):311–318.

Weber D.A., Reynolds C.R. (2004), *Clinical perspectives on neurobiological effects of psychological trauma*, *Neuropsychol Rev*, 14, 115–129.

Wirga M., DeBernardi M. (2002), *The ABCs of cognition, emotion, and action*, *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 4:5–16.

Wooley C.S., Gould E., McEwen B.S. (1990), *Exposure to excess glucocorticoids alters dendritic morphology of adult hippocampal pyramidal neurons*, *Brain Research*, 531, 225–231.

Zak P.J., Kurzban R., Matzner W.T. (2005), *Oxytocin is associated with human trustworthiness*, *Horm Behav*. 48(5):522–527.

Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błeszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Aleksander Araszkiewicz, Wojciech Kosmowski

Katedra i Klinika Psychiatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

CIERPIENIE W ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH

Chorzy psychicznie to ci, którzy więcej widzą
i inaczej rozumieją, dlatego bardziej cierpią
Antoni Kepiński.

Wstęp

Cierpienie jest nieodłącznym aspektem ludzkiej egzystencji. Bardzo często styka się z nim lekarz. Powodem udania się człowieka do lekarza jest najczęściej jakieś cierpienie. Znajduje to odzwierciedlenie nawet w samym pytaniu „Na co Pan/Pani cierpi?”, które często rozpoczyna kontakt lekarza z pacjentem. Służy to nawiązaniu kontaktu z chorym. Zwykle oznacza także pytanie o rodzaj choroby, o jej objawy i dolegliwości. W istocie jednak słowo cierpienie ma głębsze znaczenie – odnosi się bowiem do negatywnego doświadczenia człowieka obejmującego sferę psychiczną, fizyczną i duchową spowodowaną bądź czynnikami zewnętrznymi, bądź wewnętrznymi. Właściwie prowadzony dialog lekarza z pacjentem prowadzi do odsłonięcia tych sfer, by móc je leczyć.

Powołaniem lekarza jest dawanie ulgi w cierpieniu, zdejmowanie z chorych tego brzemienia. Cierpienie jest zjawiskiem wielowymiarowym, obejmującym różne aspekty życia i aktywności ludzi. Wielokrotnie lekarz czy psychoterapeuta nie są w stanie pomóc choremu w cierpieniu w sposób efek-

tywny, potrzebne jest wsparcie innych osób. Ta pomoc nie tylko ma niwelować cierpienie, ale jest wsparciem chorego w znoszeniu cierpienia.

Zdaniem Masłowa, nadmierna ochrona przed cierpieniem może być „wyrazem pewnego braku szacunku dla integralności, wrodzonej natury oraz przyszłego rozwoju jednostki”. Ustosunkowanie się do cierpienia może być szansą do uporządkowania wartości życia. Jeśli jest to z jakichś powodów niemożliwe, to dzieje się tak albo poprzez jednowymiarową filozofię życia, albo zanik zdolności do cierpliwości.

Możliwość doświadczania cierpienia należy traktować jako istotny przymiot osoby, przeznaczeniem bowiem człowieka jest być *homo patiens* (Frankl).

Doświadczanie cierpienia przez pacjentów z zaburzeniami psychicznymi

Cierpienie stanowi nieodłączny element chorób i zaburzeń psychicznych. Należy tu zgodzić się z Janem Pawłem II, że cierpienie jako sytuacja graniczna jest bardziej podstawowym doznaniem niż choroba. W pewnych przypadkach pacjenci nie potrafią zwerbalizować swoich dolegliwości, ale widzimy, jak bardzo cierpią.

Cierpienie pacjentów z zaburzeniami psychicznymi może być krótkotrwałe albo przewlekłe, egzystencjalne albo zwykłe.

Cierpienie egzystencjalne, obejmujące całą istotę człowieka, spotyka się na przykład w schizofrenii czy w ciężkiej depresji. Wynika z dokonania bilansu życia, z doświadczania choroby czy niepełnosprawności całą istotą człowieka. Cierpienie w przewlekłych zaburzeniach psychicznych, nawet w przypadku remisji, nie musi być mniejsze niż w zaburzeniach ostrych. Świadomość ryzyka nawrotu choroby potrafi stać się groźbą nie do zniesienia bez pomocy rodziny, lekarza, terapeuty, bez przyjmowania leków w dawkach podtrzymujących.

W krótkotrwałych epizodach zaburzeń psychicznych cierpienie może mieć dużą intensywność i zagrazać życiu chorego. Przykładem może być epizod majaczenia – nagłego zespołu zaburzeń świadomości przebiegającego z dolegliwościami somatycznymi, zaburzeniami spostrzegania – chory widzi nieistniejące przedmioty, zwierzęta, ludzi. Może uciekać przed tymi zagrożeniami. Często cierpienie jest tak wielkie, że chory podejmuje rozpaczliwe próby szukania pomocy.

Cierpienie może być spowodowane czynnikami natury zewnętrznej (wypadek, ból, choroba, śmierć bliskiej osoby) albo wewnętrznej (poczucie niepewności, wątpliwości, psychicznego załamania, poczucie bezsensu życia).

Ciężka choroba somatyczna, groźba niepełnosprawności albo sama niepełnosprawność prowadzą do cierpienia zwykle w przebiegu zaburzeń depresyjnych.

Cierpienie, podobnie jak chorobę, można rozpatrywać w aspekcie psychicznym i fizycznym. W praktyce rozróżnienie okazuje się trudne, bo objawy mogą dotyczyć różnych sfer życia i funkcjonowania niezależnie od wyjściowej przyczyny. Objawy zaburzeń lękowych mogą obejmować ból w klatce piersiowej, uczucie duszności, drętwienie kończyn. W bólach psychogennych nie znajdujemy fizycznej przyczyny dolegliwości, co nie znaczy, że chory nie cierpi, że jego ból jest tylko urojony.

Cierpienie to wywołuje nie tylko ból, ale także niesprawność, czy inny dyskomfort. Tu chcemy się skupić na objawach psychopatologicznych, które wywołują cierpienie pacjentów i wskazać mechanizmy powodowania dyskomfortu i sposób jego pokonania. Będziemy je wymieniali w kolejności zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania podanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).

Zaburzenia psychiczne na podłożu organicznym wywołują cierpienie, poprzez obniżenie funkcji poznawczych, a co za tym idzie niesprawność w komunikowaniu się z otoczeniem, brak możliwości pielęgnowania swoich zainteresowań. Często są postrzegane jako nieuchronne, bo utrwalone i organiczne. Tymczasem współczesna wiedza daje możliwości co najmniej spowolnienia, czy nawet czasowego powstrzymania postępu zaburzeń funkcji poznawczych. Organiczne zaburzenia psychotyczne¹ mają rozmaity obraz kliniczny: mogą przyjmować postać zaburzeń lękowych, depresyjnych, maniackalnych, urojeniowych.

Lęk wywołuje cierpienie związane nie tylko z możliwą somatyzacją objawów – jak zaznaczono wyżej – ogranicza on kontakty z otoczeniem, aktywność społeczną i zawodową.

Zaburzenia depresyjne prowadzą do zmiany obrazu świata, który staje się dla pacjentów obcy i wrogi. Przebywanie w takim świecie niesie z sobą wielkie cierpienie, poczucie bezsensu życia, niezdolność do przeżywania przyjemności i satysfakcji. W związku z tym nie należy się dziwić, że z depresją łączy się pragnienie zakończenia życia poprzez samobójstwo.

W manii chory zasadniczo nie odczuwa cierpienia, odbiera swój stan chorobowy jako normalny. Nie może natomiast znieść stanu prawidłowego, a tym bardziej depresji.

Chory z zaburzeniami urojeniowymi spostrzega świat poprzez swoje nieprawidłowe sądy, tezy, przekonania. Uważa się za osobę szczególnie uzdolnioną albo obdarzoną szczególnym posłannictwem, czy też przeciwnie – nic

¹ Psychoza – jakościowe zaburzenia postrzegania rzeczywistości.

nie znaczącą, zasługującą na potępienie czy śmierć. Te przekonania nie ulegają korekcie pod wpływem perswazji. Chory cierpi, czując się niezrozumiany.

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane przyjmowaniem środków psychoaktywnych prowadzą do cierpienia przez objawy somatyczne z nimi związane wynikające z objawów zatrucia, objawów abstynencyjnych, bądź z powikłań somatycznych przewlekłego stosowania różnych substancji. W okresie zdrowienia wielu chorych doświadcza tzw. „kaca moralnego” wynikającego z negatywnego bilansu życiowego, co prowadzi nierzadko do podejmowania zamachów samobójczych. Zachowanie osób uzależnionych może prowadzić do zaburzeń funkcjonowania rodzinnego, do zachowań agresywnych wobec najbliższych, co również powoduje ich cierpienia.

W schizofrenii cierpienie wynika bądź z nasilonych objawów wytwórczych (omamów, urojeń), bądź z nasilających się objawów negatywnych: zubożenia uczuciowego, obniżenia aktywności, rozszczepienia osobowości. W pewnych przypadkach chorzy dopiero po latach ujawniają swoje doznania psychotyczne. Osoby patrzące z zewnątrz nie są w stanie wnikać w świat chorego. Pewnym sposobem jest obserwacja twórczości pacjentów, analiza ich obrazów, rzeźb i innych dzieł.

W zaburzeniach obsesyjno-kompulsywnych cierpienie wynika z natrętnych, powtarzających się nieustannie myśli i czynności, które znacznie ograniczają aktywność chorych. Podobnie dzieje się w zaburzeniach lękowych w postaci fobii i innych zaburzeniach lękowych. W zaburzeniach pod postacią somatyczną cierpienie wynika z licznych objawów ze strony ciała nie znajdujących odzwierciedlenia w obiektywnych badaniach. Prowadzi to w pewnych przypadkach do poddawania się zabiegom chirurgicznym bez potrzeby.

Zaburzenia popędów i impulsów biologicznych przyczyniają się często do przewlekłego cierpienia, trudnego i upornego do leczenia. Przykładem mogą tu być zaburzenia snu, anoreksja, bulimia. Do tej grupy należą także zaburzenia seksualne, które bez adekwatnego leczenia prowadzą do znacznego cierpienia wynikającego z deprywacji jakże ważnych potrzeb.

W zaburzeniach osobowości cierpienie wynika z dysfunkcjonalnych zachowań. Pacjenci nie są w stanie osiągnąć szczęścia pomimo usilnych prób. Są postrzegani przez otoczenie jako „konfliktowi”, „trudni”, co jeszcze bardziej pogłębia ich izolację.

W upośledzeniach umysłowych cierpienie wynika z niemożności osiągnięcia satysfakcjonującego stopnia funkcjonowania. Kłopoty w nauce, kłopoty ze zdobyciem zawodu i pracy prowadzą często do społecznej izolacji.

W zaburzeniach wieku dziecięcego cierpienie wynika z inności, z braku sposobności rozwinięcia pełnych możliwości rozwoju.

Cierpienie jako skutek stosowania leczenia

W pewnych przypadkach, zarówno lekarz zajmujący się sferą cielesną, jak i psychiczną człowieka musi zadać choremu trochę bólu, cierpienia, by chorobę wyleczyć albo zapobiec większemu złu. Dzieje się tak w psychiatrii zwłaszcza wówczas, gdy trzeba wdrożyć postępowanie lecznicze wbrew woli chorego, zastosować przymus bezpośredni, podać leki, izolować chorych. Działania uboczne leków także mogą wywoływać cierpienie. Może dotyczyć to zwłaszcza neurologicznych objawów ubocznych po podawaniu neuroleptyków, otyłości, zaburzeń potencji. Rozwój wiedzy medycznej prowadzi do unikania niepotrzebnego cierpienia. Dawniej na przykład istniał pogląd, że obecność objawów ubocznych dowodzi skuteczności działania neuroleptyków. Teraz wiadomo, że objawy uboczne pojawiają się, gdy wysycenie receptorów dopaminergicznych jest znacząco wyższe niż wymagane dla osiągnięcia efektu terapeutycznego. Unika się zatem stosowania megadawek leków na rzecz najmniejszej skutecznej dawki. Postęp farmakologii doprowadził do syntezy wielu nowych preparatów. Leki przeciwpsychotyczne i przeciwdepresyjne nowej generacji są pozbawione w znacznej części najbardziej uciążliwych działań ubocznych, przez co nie powodują niepotrzebnego cierpienia.

Stosowanie leków przeciwpsychotycznych i leków uspokajających z grupy benzodiazepin spowodowało, że długość stosowania przymusu bezpośredniego – unieruchomienia pacjentów – uległa znaczącemu skróceniu. Przez to intensywność stosowania tego środka przymusu, najgorzej tolerowanego przez pacjentów, znacznie zmniejszyła się.

Szczególny rodzaj cierpienia może powodować psychoterapia – zwłaszcza wtedy, gdy stosowana jest tzw. metoda desensytyzacji – chory jest ekspozowany na traumatyczne bodźce, po to, by „odczulić go”, np. można zredukować objawy fobii społecznej poprzez stawianie chorego w pewnych sytuacjach społecznych o rosnącym stopniu skomplikowania, przez coraz dłuższy czas. W metodzie psychodynamicznej chory ma uzyskać wgląd w swój problem wewnętrzny, co bywa w pewnych przypadkach bolesne i w istocie jest drogą przez cierpienie.

Psychoterapia powinna pokazywać nie cierpienie jako iluzję, lecz nauczyć cierpiącego, jak osiągnąć nieugiętość i filozoficzną cierpliwość w obliczu cierpienia (Jung).

W związku z tym, że wszystkie metody służą jednak poprawie stanu zdrowia chorych w dłuższej perspektywie warto zawsze uprzedzić chorego o dyskomforcie związanym z konkretną metodą leczenia, by pomóc mu uniknąć cierpienia, bądź przygotować się do niego. Standardowe pytanie przy włą-

czaniu nowego leku o ewentualne objawy uboczne po stosowanym wcześniej leczeniu już pozwala uniknąć cierpienia.

Cierpienie a eutanazja w ujęciu psychiatry

W pewnych sytuacjach bezradność wobec cierpienia może prowadzić do wprowadzenia eutanazji jako radykalnej metody uniknięcia bólu i innych dolegliwości. Słowo „eutanazja” oznaczające „łagodną śmierć” używane jest dziś w wielu znaczeniach. Mówi się o eutanazji czynnej, biernej i „samobójstwie w asyście lekarza”. Eutanazja czynna to podanie leków o śmiertelnym działaniu bez zgody uśmiercanych osób. Stosuje się ją w celu „ochrony przed niską jakością życia”, ze wskazań ekonomicznych albo eugenicznych. Eutanazja bierna to zaprzestanie ratowania nieuleczalnie chorych w ciężkim stanie ogólnym. „Samobójstwo w asyście lekarza” to udostępnienie choremu na jego żądanie środka uśmiercającego. Zwolennicy śmierci na życzenie powołują się na współczucie i uważają, że to rozwiązanie niesie ulgę w cierpieniu. Podnoszą ponadto fakt, że chory ma prawo decydować o swoim leczeniu, włącznie z zastosowaniem środka skracającego życie. Wolno pozwolić umrzeć choremu z trudnymi do zniesienia cierpieniami, gdy nie ma możliwości udzielenia mu skutecznej pomocy. Przeciwnicy eutanazji podnoszą zastrzeżenia etyczne, prawne, historyczne i kliniczne. Zarówno w Kodeksie Etyki Lekarskiej, jak i w polskim prawie eutanazja jest wykluczona. Doświadczenia historyczne związane z uśmiercaniem chorych psychicznie, które dziś można by określić hasłem „eutanazja”, budzą nieufność środowiska medycznego.

Dla psychiatry wołanie pacjenta o zakończenie jego choroby w tak radykalny sposób, jakim jest śmierć, jest nie do zaakceptowania. Życzenie śmierci jest częste w obrazie klinicznym zaburzeń depresyjnych – jak zaznaczono wyżej. Prawdziwym wyzwaniem dla lekarza jest niesienie pomocy do końca i łagodzenia wszelkich zaburzeń, w tym depresyjnych łączących się ze schyłkiem życia. Według Pużyńskiego, dopuszczalność eutanazji, w tym „samobójstwa w asyście lekarza” narusza podstawowe standardy postępowania lekarskiego: zasadę ochrony życia, zasadę zaufania w relacji pacjent–lekarz, zacieiera granicę pomiędzy leczeniem i zabijaniem. Domaganie się eutanazji często wynika ze szczególnego stanu emocjonalnego, który u wielu spełnia kryteria diagnostyczne depresji lub jest trudny do różnicowania z depresją. Próba określenia, czy domaganie się pomocy lekarza w samobójstwie jest w pełni świadome i „racjonalne”, czy też jest przejawem zaburzenia depresyjnego, jest często trudne lub wręcz niemożliwe. Chęć śmierci i zniechęcenie do życia nie są trwałe i u wielu osób przemijają. W stosunku do wielu zaburzeń psychicz-

nych, w tym depresji, pojęcie „nieuleczalności” nie znajduje zastosowania. Istnieje tendencja do znacznego rozszerzenia kryteriów stosowalności eutanazji na zaburzenia depresyjne reaktywne czy anoreksję albo bulimię. Zależy to jednak ściśle, nawet przy przestrzeganiu „ściślych kryteriów” – od kryteriów subiektywnych, w szczególności od poglądów lekarzy kwalifikujących do eutanazji.

Próba obiektywizacji nasilenia cierpienia – skale psychometryczne

Jak zaznaczono wyżej – cierpienie u chorych z zaburzeniami psychicznymi może wynikać z różnych przyczyn i dotyczyć różnych sfer życia i działania człowieka. Pojawia się zatem konieczność mierzenia, obiektywizowania przejawów cierpienia w różnych obszarach psychiki i w różnych aspektach funkcjonowania. Pomiary są wykorzystywane także do monitorowania skuteczności leczenia. Skale psychometryczne mogą mierzyć bądź nasilenie poszczególnych niesprawności i objawów (np. lęku), bądź zespołów chorobowych (np. depresji) albo też poszczególne aspekty choroby. Przykładem tego ostatniego konceptu jest skala PANSS mierząca nasilenie tzw. pozytywnych i negatywnych objawów schizofrenii, a także manifestacje somatyczne tej choroby. Powszechnie są stosowane skala depresji Becka, skala lęku i skala depresji Hamiltona. W tych skalach wyniki uzyskujemy w punktach.

Specjalnie skonstruowane skale mierzą nasilenie i rodzaj zaburzeń funkcji poznawczych, np. skala Wechslera, Bentona, Bender, łączenia punktów, test sortowania kart Wisconsin i in.

Skale GAF i SOFAS są integralną częścią klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Oceniają one ogólny sposób funkcjonowania pacjentów (GAF) oraz funkcjonowanie społeczno-zawodowe (SO-FAS). Skale te podają wyniki w procentach.

Podkreślić należy, że wszystkie te skale mają istotne ograniczenie, że mierzą pewne parametry psychometryczne według określonej koncepcji, a nie samo nasilenie cierpienia chorych. Są zatem tylko pewnym przybliżeniem, tylko próbą obiektywizacji zjawiska cierpienia.

Jakość życia jest pojęciem ogólnym, które zawiera w sobie wszystkie aspekty ludzkiego życia. Wprowadza się często pojęcie jakości życia zależnej od stanu zdrowia, co oznacza po prostu zmiany jakości życia zależne od choroby i jej leczenia. Obejmują one nie tylko zagadnienia czysto somatyczne: biologiczne i fizjologiczne, ale i aspekty emocjonalne, związane z funkcjonowaniem, z pełnieniem ról społecznych. Można je mierzyć za pomocą licznych skal. Są one bądź dostosowane do pewnych schorzeń, mierząc naj-

częściej w nich występujące dolegliwości i niesprawności, bądź są tak skonstruowane, by oceniać parametry ogólnie, niezależnie od schorzenia, na które cierpi pacjent. Do pierwszych z nich należy na przykład FACT G-33 (Functional Assessment of Cancer Therapy General). Do drugich natomiast – skala SF-36 (36-Item Short-Form Health Survey).

W pewnych przypadkach stosuje się modyfikacje tych skal, np. QUALY – oceniające jakość życia w latach.

Stosunek lekarza psychiatry do cierpienia pacjenta – jak sobie poradzić?

Lekarz, zwłaszcza psychiatra, w swojej praktyce spotyka się z bezmiarem cierpienia, które dotyczy najgłębszych pokładów ludzkiego „ja”. Taka ekspozycja na ludzką słabość rodzi różne postawy. Czasem jest to zubożenie, nieczułość na skargi innych, by uniknąć zbytniego zaangażowania emocjonalnego i w konsekwencji wypalenia zawodowego. Już Kępiński pisał, że „nadmiar wiadomości o ludzkim cierpieniu wywołuje w końcu zubożenie; z psychologicznego punktu widzenia jest to mechanizm obronny”.

Czasem jednak odpowiedzią jest współczucie, rozwijanie empatii po to, by tym lepiej choremu pomóc, wczuć się w jego potrzeby, by łagodzić cierpienie.

Istnieją grupy wsparcia, tzw. grupy Balinta, które pomagają profesjonalistom: lekarzom i terapeutom poznać i kształtować międzyosobowy kontakt emocjonalny z pacjentami. Uzyskują także wsparcie emocjonalne niezbędne do poradzenia sobie z wypaleniem zawodowym i stresem.

W wielu uczelniach program balintowski jest już stałym elementem studiów lekarskich. Początków tej metody należy upatrywać w latach 50., gdy w Londynie pod kierunkiem Michaela Balinta rozpoczęto badanie i rozwijano prace nad doskonaleniem relacji między lekarzem a pacjentem. Początkowo prace te były przeznaczone dla lekarzy ogólnych i pierwszego kontaktu. W Polsce w latach 80. Stefan Leder oraz Bohdan Wasilewski rozpoczęli w ramach Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego treningi balintowskie. Polskie Stowarzyszenie Balintowskie (PSB) powstało w roku 1993, a w roku 1995 uzyskało osobowość prawną.

Kształcenie relacji interpersonalnej odbywa się poprzez treningi w grupach składających się z 8–12 osób. Uczestnicy mają możliwość zdobycia wiedzy teoretycznej i uczą się, jak w praktyce rozpoznawać reakcje emocjonalne, swoje postawy i schematy zachowań w kontaktach z chorym. Kładziony jest nacisk na komunikację niewerbalną, ukryte i jawne potrzeby i motywację, odmienną interpretację tych samych zdarzeń dla różnych osób. Celem tych grup jest zdobycie umiejętności sterowania swoimi emocjami, lep-

szego poznania własnych reakcji i motywacji. Dzięki temu łatwiejsze jest uzyskanie zaufania i zadowolenia pacjenta, co na pewno zwiększa skuteczność leczenia i walki z cierpieniem pacjenta, prowadzi zatem do unikania niepotrzebnych konfliktów.

Rola zespołu terapeutycznego i rodziny w łagodzeniu cierpienia osób chorych

W leczeniu chorych, chronieniu ich przed cierpieniem – o ile to możliwe – i w pomocy w przetrwaniu tego cierpienia powinien współdziałać cały zespół terapeutyczny. W zespole tym powinni znaleźć się lekarze, psycholodzy, psychoterapeuci, pielęgniarki, pracownicy socjalni. Należy zapewnić wsparcie rodziny – a przynajmniej zrozumienie najbliższych, na czym polega istota choroby. Brak wsparcia rodziny pogłębia cierpienie pacjentów. W pewnych przypadkach powrót chorego do nieprzygotowanego środowiska może spowodować nawrót choroby, a na pewno cierpienie wynikające z niezrozumienia jego potrzeb. Z drugiej strony, cierpienie i niepełnosprawność krewnego dotyka także członków rodziny. Frustracja, bezradność, lęk przed chorym psychicznie stanowią istotny powód cierpienia rodzin pacjentów. Także im należy zapewnić wsparcie: czy to w postaci psychoedukacji czy psychoterapii.

Bibliografia

Aleksandrowicz J.W., Sobański J.A. (2004), *Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej*, KRW PTP, Kraków.

American Psychiatric Association (2000), *Diagnosics and Statistical Manual of Mental Disorders*, IVth edition, Text Revision.

Bilikiewicz A., Puzyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (2003), *Psychiatria*, t. 1–3, Urban & Partner, Wrocław.

Frankl V.E. (1984), *Homo patiens*, Warszawa.

Frost M. H. (2008), *Kwestionariusze oceny jakości życia w praktyce klinicznej*, *Medycyna po Dyplomie*, 17, 4, 39–52.

Guyatt G. H. (2008), *Jakość życia zależna od stanu zdrowia – od badań klinicznych do praktyki lekarskiej*, *Medycyna po Dyplomie*, 17, 4, 24–29.

Jan Paweł II (1984), List apostolski *Salvifici doloris o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia*, Watykan.

Jaspers K. (1990), *Filozofia egzystencji*, Warszawa.

Maslow A. H. (1986), *W stronę psychologii istnienia*, Warszawa.

- Kępiński A. (2002), *Lęk*, Wydawnictwo Literackie, Warszawa.
- Kępiński A. (2001), *Melancholia*, Wydawnictwo Literackie, Warszawa.
- Kępiński A. (2002), *Poznanie chorego*, Wydawnictwo Literackie, Warszawa.
- Kępiński A. (2007), *Psychopatie*, Wydawnictwo Literackie, Warszawa.
- Kępiński A. (2007), *Psychopatologia nerwic*, Wydawnictwo Literackie.
- Kępiński A. (2007), *Schizofrenia*, Wydawnictwo Literackie, Warszawa.
- Międzynarodowa klasyfikacja chorób ICD-10.
- Pużyński S. (b.r.w.), *Eutanazja i psychiatria*, Dialog nr 9.
- Woronowicz B. (2001), *O uzależnieniach i ich leczeniu*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

Źródła internetowe:

www.balint.co.uk – strona internetowa Międzynarodowego Stowarzyszenia Balintowskiego

<http://www.ips.pl/index.php?pid=61> – strona internetowa Polskiego Stowarzyszenia Balintowskiego



Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błeszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Dariusz Galasiński

University of Wolverhampton School of Law,
Social Sciences and Communications

CIERPIENIE I PSYCHOPATOLOGIA DEPRESJI

Wstęp

W niniejszym rozdziale chciałbym zwrócić uwagę na relację pomiędzy tym, co w psychiatrii i psychopatologii jest postrzegane jako epizod depresyjny (ICD 10 F 32-33) oraz na związane z nim doświadczenia. W dalszej części pragnę pokazać, że to cierpienie jest czynnikiem przydatnym do zrozumienia zjawiska psychologicznego dystresu. Pomaga ono również w rozwinięciu strategii prowadzących do jego załagodzenia.

Dyskurs dotyczący depresji

Biorąc pod uwagę z jednej strony wyświechtaną krytykę podręczników diagnostycznych, które oskarża się o nieuwzględnienie osobistych doświadczeń związanych z dystresem, jak i kontekstu społecznego, w którym dana jednostka funkcjonuje (np. Kraus 2003; Phillips 2005; Gottschalk 2000), z drugiej zaś strony dążąc do uzyskania przejrzystości kwalifikacji (Parker 2004; Pilgrim 2007; Kirk, Hsieh 2004), wykazałem ostatnio (Galasiński 2008), że dyskurs dotyczący ICD-10 *Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research* (polskie tłumaczenie, WHO 1998) poparty szczególną ideologiczną i lingwistyczną perspektywą, tworzy szczególną wersję depresji i psychiatrii.

Szczególnie ważnym aspektem jest podstawowe założenie, iż psychiatryczne symptomy mogą być niejako „odczytane” z tego, co pacjent opowiada. Budowane niezmiennie jak rzeczowniki, symptomy są interpretowane w tym kontekście jako rzeczy. Klinicyści szukają między innymi: braku pewności siebie, niczym nieumotywowanego samooskarżenia, powracających myśli samobójczych, nadmiernego lub nieestosownego poczucia winy czy niezdecydowania. Takie kompleksowe, nastęrczające dylematów i rozciągnięte w czasie procesy, jak utrata pewności siebie lub myślenie o odebraniu sobie życia, interpretowane są jako oczywiste, jasne i nieproblematyczne objawy, które lekarz może zdiagnozować. Co więcej, ta nominalizacja (czyli przedstawianie działań i procesów jako rzeczy) sprawia, że symptomy stają się bardziej obiektywne, nieomalże uniwersalne, tak jak gdyby myśli samobójcze Johna, rolnika z Anglii, były takie same jak samobójcze myśli Andrzeja, businessmana z Polski, albo Manuela, profesora z Hiszpanii – tak jak gdyby były one indywidualnymi myślami, które się powtarzają, jedne tu, drugie tam.

Godne uwagi jest to, iż kliniczne wytyczne CDDG (WHO 1992) nie dostarczają żadnych wskazówek, jak przełożyć owe obiekty na praktykę, podkreślając jedynie kliniczną ocenę osoby przeprowadzającej badanie. W ten sposób u podstaw postrzegania depresji według ICD leży fakt, iż depresja jest tym, co lekarz uzna za depresję. Pomimo wyraźnych żądań o restryktywność wspartych żądaniami szczegółowych badań, według orzeczenia DCR, to lekarz czy badacz jest tym, który podejmuje ostateczną decyzję. Co więcej, proces podejmowania decyzji przedstawiony jest jako coś w dużej mierze nie nastęrczającego trudności. Lekarz czy badacz ma jedynie obserwować symptomy i liczyć je – od czterech do ośmiu – zależnie od ciężkości epizodu.

Brak tu pacjenta, doświadczenia choroby, dystresu. Wszystko, co dzieje się z osobą, która przychodzi po pomoc psychiatryczną, jest zredukowane do kilku „obiektywnych” kategorii, które diagnostyk z łatwością może ustalić. Brak tu kontekstu, indywidualności, pomimo bezsprzecznego faktu, iż pacjent „zdecydowanie odbiega od normy”. Jednostka nigdy nie jest w pozycji kogoś posiadającego perspektywę. To diagnosta jest tym, który dokonuje oceny. ICD tworzy wersję psychiatrii, w której pacjent jest zbiorem symptomów, które mają być niejako zebrane przez klinicystę. Pacjent jest transparentnym kanałem symptomów, które traktowane są w taki sposób, jak gdyby istniały „gdzieś tam” lub w samym pacjencie i były widoczne dla każdego, kto jest odpowiednio wyszkolony.

Umiejscawiając w ten sposób kontekst, otwieram kwestię dalszego rozwiązania. Przypomina nam się tu krytyka antypsychiatrii Kleinmana (1988) i jego ostrzeżenie, że krytyka kończąca się krytyką nie jest szczególnie przydatna. Zanim jednak zaproponuję rozwiązanie, chciałbym zaprezentować da-

ne z moich najnowszych badań dotyczących doświadczenia depresji u mężczyzn.

Założenia i dane

Ujmując rzecz metodologicznie, rozdział ten jest zakotwiczony w konstrukcjonistycznym spojrzeniu na dyskurs i poparty jego krytyczną analizą. Zakładam, że rzeczywistość społeczna jest konstruowana poprzez język i w nim też istnieje. Każdy język stworzony do tego, aby reprezentować rzeczywistość, pociąga za sobą decyzje, które aspekty rzeczywistości ma w sobie zawrzeć i jak ma je zorganizować. Każdy z tych wyborów zawarty w komunikacie, zarówno w warstwie treściowej, jak i w leksykalno-gramatycznej, niesie ze sobą część tych zakorzenionych wartości. Tak reprezentowana rzeczywistość jest skonstruowana ideologicznie (Hodge & Kress 1993). To przez dyskurs (czyli zastosowane w praktyce użycie języka) użytkownicy języka ustanawiają realia społeczne: ich wiedzę i społeczną sytuację, interpersonalne role, które muszą odgrywać, ich tożsamości i związki z innymi oddziaływującymi grupami społecznymi (van Leeuwen i Wodak 1999). Żaden tekst, mówiony czy też pisany, włączając w to również tak „naukowe” instrumenty jak kwestionariusze nie przedstawiają rzeczywistości w neutralny, tudzież obiektywny sposób. Jej przedstawienie nigdy nie jest rzeczywistością „taką jak faktycznie jest”. Często jest spojrzeniem na nią poprzez przyciemnione soczewki ideologicznych założeń (np. Fairclough 1992; Halliday 1994; van Dijk 1993; Barker & Galasiński 2001).

W mojej analizie skoncentruję się zarówno na treści jak, i na formie przekazu, nawiązującym do szerszego społeczno-politycznego kontekstu, w którym został on użyty. Każdy akt analizy niesie również ze sobą decyzję, które aspekty komunikatu są najbardziej istotne w tworzeniu rzeczywistości. Używając zarówno systematyczno-lingwistycznej analizy (Halliday 1994) jak i hermeneutycznej interpretacji dyskursu w kontekście, w którym zostały one zanurzone, zamierzam sięgnąć po ideologiczną podstawę doświadczeń moich rozmówców.

Dane, które tu prezentuję, pochodzą z 27 połowicznie skonstruowanych wywiadów, które przeprowadziłem z mężczyznami ze zdiagnozowaną powracającą depresją o lekkim lub umiarkowanym przebiegu (ICD F33.1-2; u dwóch osób zdiagnozowano chorobę afektywną, dwubiegunową. W czasie wywiadu znajdowały się one jednakże w fazie depresji). W czasie, w którym przeprowadzone były wywiady, wszystkie osoby znajdowały się dobrowolnie pod opieką psychiatryczną i leczyły się na depresję w przychodniach psychiatrycznych lub w klinikach dziennych. Tam też były przeprowadzane wywiady.

Wywiady przeprowadzałem w dwóch szpitalach uniwersyteckich w Polsce. Wszyscy moi rozmówcy byli białymi, heteroseksualnymi Polakami, w wieku pomiędzy 30. a 60. rokiem życia. Wszyscy są lub byli w stałych związkach (trzy osoby były rozwiedzione) i posiadali żeńskie partnerki (zazwyczaj żony).

Poniżej chciałbym zaprezentować dwa aspekty relacji, które zebrałem. Najpierw przedstawię konstrukcję depresji według moich rozmówców zakorzenioną w ich działaniu, a następnie ich spojrzenie na proces powrotu do zdrowia.

Doświadczenia depresji

Jednym z moich oczekiwań, które miałem przy zbieraniu danych, to usłyszeć od moich rozmówców relacje na temat tego, jak się czują, w jakim stanie psychologicznym i emocjonalnym się znajdują. Te oczekiwania okazały się niewłaściwe. Jednym z uderzających faktów było to, iż moi rozmówcy, mówiąc o depresji, usytuowywali siebie przede wszystkim w kontekście wykonywanych czynności. Mówili o robieniu bardziej niż o byciu. Co więcej, nawet w przypadkach gdy ich środki lingwistyczne były ograniczone, i znajdowali się pod wpływem chwilowego stanu emocjonalnego, istniała u nich cały czas silna tendencja do przedstawienia siebie w kontekście wykonywanych czynności. Proszę rozważyć więc następujące fragmenty:

Fragment 1

J.S.: Kiedy pracuję, próbuję zwalczać stan depresyjny, ale wygląda to tak, że idę do pracy, a po przyjściu do domu natychmiast wracam do łóżka. Przykrywam się kocem i nawet jeśli mam coś do zrobienia na następny dzień, wmawiam sobie, że zrobię to za godzinę lub dwie i tak szamoczę się aż do rana. I tak to wygląda. Zazwyczaj nie robię tego, co powinienem i kiedy znowu idę do pracy i nie mam tego, co powinienem zrobić, np. nie przygotowałem lekcji, lekcja od razu przebiega gorzej i uczniowie zaczynają się zachowywać gorzej. Przestaję sobie z nimi radzić i tak spirala się nakręca. Z każdym dniem jest coraz gorzej. Tak to wygląda.

Fragment 2

B.C.: Mój dzień to przede wszystkim, przede wszystkim niepokój. To znaczy wstaję rano, obawiając się tego, że muszę wyjść. Budzę się rano, spoglądam na zegarek i myślę jeszcze chwila, jeszcze chwila. Potem się ubieram. Moja żona podwozi

mnie do [nazwa teatru]. Od teatru idę pieszo, albo jadę autobusem z moją córką, która chodzi do szkoły. Mieszkam poza [nazwa miasta]. Z niepokojem idę na terapię. Boję się, że nie dam rady, że tego nie zniosę. Ale terapia mija. Cały czas jest we mnie ten niepokój. Ból głowy. To znaczy nie ciężki ból głowy, ale napięcie i lęk. Nie wiem, co mam robić. Potem umawiam się z żoną, która do tej pory mnie stąd odbierała. To jest pierwszy tydzień, od kiedy tu przychodzę. Dzisiaj jest mój czwarty raz. I do tej pory żona zawsze mnie odbierała. Dzisiaj spędzę noc u mamy i muszę tam dojechać autobusem i to mnie trochę przeraża. Generalnie to od 25 lat jeżdżę samochodem, więc te inne środki transportu, których muszę teraz używać to dla mnie problem, duże wyzwanie. Teraz czuję beznadzieję, bo nie wiem, czy ta terapia w ogóle mi pomaga. To się musi zmienić. Chemia w głowie, to myślenie, jak wczoraj, że wszystko wyglądało inaczej.

Rozpiętość pomiędzy odbiorem depresji w kontekście czynności przez obu rozmówców jest uderzająca. Obaj mężczyźni są skrepowani w swoich działaniach, istnieją ograniczenia, trudności. Depresja cały czas oznacza dla moich rozmówców „robienie rzeczy”, jednakże w szczególny sposób. Czasami oznacza to nierobienie czegoś, co jest zaplanowane (jak we fragmencie 1), ale owi pacjenci wciąż widzą siebie przede wszystkim w kontekście materialnych procesów (typy procesów, zobacz Halliday 1994): robią coś, kładą się, idą, ubierają się i tym podobne. To wszystko jest dopełnione procesami behawioralnymi: spędzenie nocy, radzenie sobie, męczenie się i tym podobne. Również tu zorientowanie się na działanie jest bardzo wyraźne. W przeciwieństwie do przykładów podanych poniżej, uderzający we fragmentach przedstawionych powyżej jest fakt, że rozmówcy postrzegają siebie jako aktorów, ludzi czynu. W ich relacjach depresja może ograniczyć działanie, może sprawić, że jest ono bardziej problematyczne, ale mimo wszystko nie odbiera zdolności do działania.

Co więcej, „działanie depresyjne” może się przekształcić w nakaz działania. Oczekiwania społeczne zaś są może najlepiej przedstawione w poniższym fragmencie:

Fragment 3

B.C.: W tej chwili widzę ścianę, to znaczy nie widzę żadnej perspektywy, żadnej możliwości wyrwania się z tego. Jeśli myśli zaczną biec egzystencjalnymi torami, to znaczy nie jestem w stanie normalnie funkcjonować, jestem prawie niezdolny do funkcjonowania [niejasne]. Nie jestem w stanie zarabiać, utrzymać rodziny, nie jestem w stanie, może kiedyś będę, nie wiem, mam takie myśli, po prostu nie wiem, co się ze mną stanie, bo nawet jeśli miałbym żebrać, żeby być żebrakiem,

trzeba wykazywać jakąś inicjatywę, spryt. Teraz nawet nie mogę wyobrazić sobie tego najgorszego scenariusza, bo to również wymaga jakichś umiejętności, sprytu. W tym stanie nie dysponuję takimi umiejętnościami. Nie jestem w stanie i co gorsze nie umiem sobie wyobrazić, że to się zmieni, kiedy wyjdę ze stanu depresji.

Problem B.C. skupia się na słowie *funkcjonować*. Jest to słowo, które niesie ze sobą nawiązanie do normalności, spełnianie społecznych oczekiwań, ale jednocześnie ich nieprzekraczanie. Słowo to często jest związane ze słowem *normalnie*. Czasownik ten streszcza w sobie całość działań, które uchodzą za „normalne”, za które odpowiada osoba, w tym wypadku mężczyzna. Konkretnie rzecz biorąc, depresja dla B.C. jest niemożnością normalnego działania, nierobienia tych wszystkich rzeczy. Uzupełnia ją niemożność zarabiania pieniędzy i zapewnienia bytu rodzinie. Należy zauważyć, że B.C. mówi o braku inicjatywy. Brak inicjatywy choćby do tego, aby być żebrakiem jest dla niego czymś dyskwalifikującym i dystresującym.

Głównym aspektem, który chciałbym poruszyć w tym rozdziale (a który jest oparty na danych, które zebrałem i które wobec tego nie aspirują do kontekstualnej uniwersalności), jest kontrast pomiędzy kryteriami diagnostycznymi i praktyką psychiatryczną. Depresja, przynajmniej ta, na którą cierpią mężczyźni, nie oznacza jedynie depresyjnego nastroju, czy ujmując to nieco bezpieczniej, nie chodzi w niej w pierwszej kolejności o depresyjny nastrój. W relacjach moich rozmówców depresją jest zdolność do radzenia sobie z życiem, do stawania twarzą w twarz i uporania się z tym, co przynosi nam codzienność. Ujmując to inaczej, depresja jest zdolnością do spełniania oczekiwań społecznych, zmierzenie się z codziennymi obowiązkami. We fragmencie przytoczonym poniżej rozmówca nawiązuje dokładnie do tego, o czym przed chwilą wspomniałem.

Fragment 4

D.E.: Chciałbym zostać zaprzęgnięty, na nowo zaprzęgnięty do życia. To było kiedyś takim pozytywnym elementem stymulującym w moim życiu.

D.G.: Brak ci tej uprząży?

D.E.: Tak. Nic mną nie kieruje. Nie wiem, którą drogą, którą drogą mam iść. Kiedyś chodziłem prosto, chodziłem prosto, a teraz zbaczam, zanadto się wychylam, nie wiem, co mam ze sobą zrobić. Ta niewiedza jest najgorsza. Wracasz do domu i nie wiesz, czy wyjść, czy zostać, czy położyć się, czy spać, czy coś zrobić. Nie wiesz jak zorganizować sobie życie. To jest najgorsze w mojej depresji, to jest najgorsze. Wolalibyśmy znajdować się bardziej pod presją niż być tak wolnym.

Zaprzęzenie do życia oznacza dla mojego rozmówcy zdolność do bycia aktywnym. Z drugiej strony, depresja jest czymś dokładnie przeciwnym. Depresja oznacza, że nie ma ukierunkowania, jest się niezdolnym do zorganizowania swojego życia, przejęcia kontroli, bycia aktywnym. Mój rozmówca nie pragnie rozrywki, szczęścia, albo i nawet braku smutku. Pragnie jarzma, obowiązków, który należy wypełnić, pragnie walki, czegoś, co będzie go przygniatało do ziemi i z czym będzie musiał walczyć i pokonywać. Obraz upręży jest ilustracją pracującego konia, który ciągnie wóz tak ciężki, że jego kręgosłup mógłby pęknąć. Ale wóz rusza i koń wygrywa. Oto życie bez depresji. Jest to życie, w którym D.E. wygrywa mimo wszelkich przeciwności.

Usytuowanie depresji w życiu bardziej niż w stanach psychologicznych ma znaczenie, jako że przedstawia się w kategoriach bycia zdolnym albo niezdolnym do radzenia sobie z oczekiwaniami społecznymi, które stoją przed człowiekiem. Powyższe stwierdzenie zdaje się mieć decydujące znaczenie dla zrozumienia epizodu depresyjnego, który omówię poniżej.

Moi rozmówcy praktycznie nie mówili o smutku, woleli mówić o bezsilności lub niemocy. Centrum ich depresji było poczucie, że są nieudacznikami. Chciałbym zaznaczyć, że nie sugeruję tutaj, iż ludziom w depresji brak popędu do bycia aktywnym. Sugeruję, w przeciwieństwie do wiedzy psychiatrycznej, że depresja zakorzeniona jest raczej „gdzieś tam” aniżeli w „głowie”. Jej rdzeniem jest pragnienie sprostania oczekiwaniom społecznym, przynajmniej jeśli chodzi o mężczyzn, z którymi przeprowadzałem wywiady. Co więcej, moje dane mogą być rozpatrywane w kontekście badań K. Strandmark (2004), która zademonstrowała, że chore zdrowie widziane było przez badane przez nią osoby jako bezsilność. Bezsilność, o której tu mówię, jest tylko pośrednio związana z wyobrażeniem samego siebie. Jest ona przede wszystkim umiejscowiona w życiowych historiach, a nie wewnątrz człowieka.

Chciałbym również omówić kryteria diagnostyczne epizodu depresyjnego. Po pierwsze odrzucam teorię Stefanisa i Stefanisa (2002:9), jakoby „nastrój depresyjny był zawsze obecny, musiał jedynie zostać ujawniony” (krótka krytyka, zobacz Kendell 2002). Można się jedynie zastanowić, ile potrzeba bodźców, aby nastrój ten w końcu wyszedł na jaw. Zdaję sobie również sprawę, że jednym z dwóch kluczowych kryteriów diagnostycznych epizodu depresyjnego jest „brak zainteresowania i czerpania przyjemności z rzeczy, które normalnie sprawiają radość” (WHO 1993:83, podobne, choć nieco bardziej szczegółowe, kryteria są ujęte w DSM). Moi rozmówcy nie pragnęli czerpać radości z życia ani robić rzeczy, które sprawiałyby im przyjemność, jakkolwiek te przyjemności byłyby rozumiane. Nie mówili o swoim braku zdolności do wywołania zainteresowania czynnościami, które kiedyś sprawiały im przyjemność (Stefanis & Stefanis, zobacz również Zimmerman 1994, który jasno

pokazuje utratę przyjemności, którą pacjent może odczuwać w swoim życiu). Przeciwnie, moi rozmówcy chcieli brać udział w czymś, co uznają za „normalne” życie. Aby wyraźnie ukazać ten aspekt, D.E. we fragmencie 4 wyraża swoje pragnienia w interesujący sposób: chce „uprzążyć” z wszystkimi jej negatywnymi konotacjami. Brak tu pragnienia zainteresowania się czymś, czerpania przyjemności czy satysfakcji. D.E. pragnie być zdolnym do ciężkiej pracy i następnie prawdopodobnie na nią narzekać. Na czoło wysuwa się chęć bycia zdolnym to wypełnienia oczekiwań społeczeństwa, wobec mężczyzn.

Obecnie w kręgach akademickich panuje zgoda co do tego, że płatne zatrudnienie lub, mówiąc ogólniej, działanie mające konkretny cel leżą u podstaw dominującej, męskiej ideologii. Ostatnie badania Willota i Griffina (2004; również 1997) wskazują, że mężczyźni będący przez długi czas bezrobotni konstruują swoją tożsamość na wyobrażeniu osoby będącej żywicielem rodziny, pomimo że nie mieli dostępu do tego rodzaju doświadczeń, które takie wyobrażenie by wspierały. Nie ma powodu, aby uważać, że mężczyźni w depresji są w jakiś sposób wykluczeni z tego dyskursu. Można również przypuszczać, iż niezdolność w zaangażowanie się w celową działalność, która wynika z choroby psychicznej, jeszcze łatwiej zastosować do dyskursu męskości. Bądź co bądź, aczkolwiek brak zatrudnienia może wynikać z wszelakich ekonomicznych i socjalnych czynników zewnętrznych, to brak pracy będący wynikiem depresji może zostać odebrany jako wpływający z samego człowieka. W ten sposób niezdolność do zaspokojenia wymagań społecznych może być szczególnie dotkliwa. Co więcej, biorąc pod uwagę tę okoliczność, konieczne wydaje się usytuowanie depresji w kontekście i ideologii genderowej wpływającej na praktykę psychologiczną i medyczną, jak i również potencjalnej zmiany leczenia.

Cierpienie i depresja

Mam nadzieję, że argumenty przedstawione powyżej postawią pod znakiem zapytania główny nurt w rozumieniu depresji wraz z jej międzykulturową i genderową uniwersalnością. Depresja jako zbiór symptomów i powrót do zdrowia orzekany w momencie, gdy owe symptomy ucichną, powinien być postrzegany co najmniej jako problematyczny. Jakie więc istnieje rozwiązanie? W mojej opinii jest ono powiązane z cierpieniem.

Rozpoczną definicją cierpienia. Frank (2001:355) napisał:

Cierpienie zawiera w sobie doświadczenie siebie po drugiej stronie życia (życia takiego, jakim powinno być). Żadna rzecz, żadne materialne źródło nie jest w stanie scalić tego podziału. Cierpienie leży poza taką możliwością. Cierpienie jest nie-

wymowne i istnieje jako przeciwieństwo do tego, co może zostać wypowiedziane. Jest tym, co pozostaje ukryte, niemożliwe do ujawnienia; pozostające w ciemności, wymykając się światłu. Jest strachem, nie jest tym, co namacalne, nawet jeśli bolesne. Cierpienie jest stratą, terazniejszą lub oczekiwaną, a strata jest brakiem rzeczy, nieobecnością. Cierpimy z powodu nieobecności tego, czego nam brakuje i co jest już nie do odzyskania i nieobecności tego, co obawiamy się, że nigdy się już nie stanie. Istotą cierpienia jest poczucie, że coś jest nie tak z naszym życiem w sposób nieodwracalny, zaprzeczeniem tego, co mogło być właściwe. Cierpienie nie poddaje się definicji, bo jest kategorią braku czegoś.

Chciałbym wykorzystać ową definicję jako punkt odniesienia do wyjaśnienia przydatnego dla mnie zjawiska cierpienia. Frank twierdzi, że cierpienie oznacza „doświadczenie siebie po drugiej stronie życia”, i że powszechny jest atak cierpienia na samego siebie. Cassell (2004) mówi o zagrożeniu integralności osoby. Morse (2000), który rozróżnia między cierpieniem (emocjonalnym) a jego znoszeniem (pozbawionym emocji), mówi o zagrożeniu samego siebie. W tym kontekście cierpienie nie może być „obiektywne” (Edwards 2003). Frank mówi o niemożności wyrażenia cierpienia. I oto po raz kolejny mamy do czynienia z wszechobecną definicją cierpienia. Radley (2004) twierdzi, że cierpienie jest nieme, Morris (1997) mówi, że jest ono bezdźwięczne. Wszyscy wymienieni autorzy wysuwają jedną tezę, iż ten, kto cierpi, nie potrafi całkowicie wyrazić swojego cierpienia słowami. Trzecia teza Franka mówi o nieobecności – cierpienie wynika z tego, że czegoś nie ma. Younger (1995) mówi o braku kontroli nad własną egzystencją. Morse i Penrod (1999) twierdzą, że cierpienie wynika z przytłaczającej przeszłości, która zmienia przyszłość i sprawia, że terazniejszość jest nie do zniesienia.

Co najmniej dwa elementy tego opisu cierpienia (które w żadnym wypadku nie obejmuje wszystkich jego aspektów, zobacz Wilkinson 2005) mogą być przydatne do opisu doświadczeń depresji u moich rozmówców. Wszyscy oni znajdowali się „po drugiej stronie życia”, ze swoim „ja” zaatakowanym przez chorobę. Wszyscy oni patrzyli na siebie jak na jednostkę zagrożoną i przegraną. Po drugie, depresja oznaczała dla nich nieobecność tego, co wymagane jest od męskiej dominacji, na przykład ich aktywności, pracy. Głównym źródłem cierpienia dla moich rozmówców była ideologia genderowa, a nie ich nastrój, utrata zainteresowania czy spadek energii.

Gdzie jest więc miejsce na psychopatologię? Jak przedstawiłem powyżej, istnieje wyraźna rozbieżność pomiędzy kryteriami diagnostycznymi, które określają depresję, a tym, co moi rozmówcy opowiedzieli o doświadczeniach związanych z chorobą. Co więcej, podczas gdy epizod depresyjny będzie leczony przez redukcję symptomów, łagodzenie cierpienia u mężczyzn, z którymi rozmawiałem, byłoby zupełnie inną sprawą. Nie oznacza to,

że symptomy określane przez psychopatologiczną klasyfikację chorób nie mogą zostać zaobserwowane. Oznacza to, że nie muszą być one głównym problemem lub faktycznie źródłem cierpienia. Tak jak dystres nie musi oznaczać zaburzenia (Kleinman 1988), tak obecność symptomów depresyjnych nie musi koniecznie wynikać z choroby psychicznej (Kleinman 1995).

Koncentrowanie się na cierpieniu i jego dyskursywnym wyrażeniu zawęża jego „profesjonalną transformację” (Kleinman & Kleinman 1991). Stawia to pacjenta, a nie model choroby wraz z jej wszystkimi mniej lub bardziej wypowiedzianymi przypuszczeniami, w centrum rozważań. To w historiach pacjentów należy dopatrywać się istotnych elementów. Te elementy ukazują moich rozmówców jako podmioty genderowe. Również samo ich cierpienie jest genderowe. Ów genderowy wymiar choroby, który jest w dużym stopniu ignorowany przez psychiatrów, jest kluczowy, przynajmniej dla moich rozmówców, z którymi przeprowadzałem badania. Skupienie się na opowieściach o cierpieniu, albo jak to zostało przedstawione w poniższej książce, dyskursach dotyczących depresji pozwalają zobaczyć dystres w jego społecznym kontekście, który jest szczególnie ważny dla ludzi, którzy przychodzą po pomoc.

Koncentrowanie się na cierpieniu, lub, ujmując rzecz precyzyjniej, koncentrowanie się na istotnych elementach przedstawianej choroby umysłowej poprzez zadawanie pytań natury niepatologicznej pozwala nie tylko na większą kompleksowość umysłowego dystresu, ale obejmuje również perspektywę, w której depresja może być pomocna do zrozumienia samego siebie (Fee 2000b; Martin 1999). Co więcej, depresję i jej historię trzeba rozpatrywać w szerszym kontekście. Bez wątpienia, aby zrozumieć depresję moich rozmówców, należy zrozumieć, co ona z nimi robi, co robi z ich tożsamością i z ich życiem.

Dlatego też, według mnie, ważne jest to, że moi rozmówcy wskazali powrót do pracy jako dowód ich powrotu do zdrowia. Dowód:

Fragment 5

D.G.: Co oznaczałoby dla ciebie wyjście z depresji?

[...]

F.H.: Ktoś zadał mi już kiedyś to pytanie. Oznaczałoby to dla mnie pełny powrót do płatnej pracy.

Fragment 6

D.G.: [...] Co oznaczałoby dla ciebie wyjście z depresji?

O.C.: [...] Co by dla mnie oznaczało? Pracę każdego dnia [niejasne].

Jeśli depresja oznacza niezdolność do pracy, można by przypuszczać, że powrót do zdrowia powinien być związany z czymś zgoła przeciwnym – zdolnością do znalezienia i utrzymania stałej pracy. Więcej niż połowa moich rozmówców łączyła wyleczenie się z depresji z możliwością pracy i ów motyw powrotu do pracy był jedynym wyraźnie określonym kryterium. Reszta moich rozmówców zdawała wszelkie możliwe relacje bez jednego wyraźnego schematu. Nie wątpię, że takie sformułowania powinny wspierać każdą terapeutyczną strategię, nieważne czy znajdziemy je w kryteriach diagnostycznych, czy też nie. Innymi słowy, kwestia czy powinno się oferować terapię na obniżony nastrój, czy też na zdolność powrotu do pracy jest jasna – chodzi o tę ostatnią. Spieranie się, że takie elementy nie mają statusu „faktów medycznych” i posiadają niejako niższą wartość teoretyczną, jest skrajnie problematyczne (zobacz Galasiński, pozycja mająca się wkrótce ukazać).

Jednakże koncentrowanie się na cierpieniu, za czym się opowiadam, nie pozwala tylko na opieranie się na doświadczeniu, mimo że prawie niepodjęwane przez główne dyskursy psychopatologii nawoływania, aby osobę postrzegać w jej kontekście (Agar 2003), który mógłby zostać przełożony na osobę i jej relacje, miały wielokrotnie miejsce. To, co tu sugeruję, wykracza poza te ramy. Jest to wezwanie do tego, aby widzieć relacje pacjentów jako dyskursywną konstrukcję doświadczeń osoby i rzeczywistości nie tylko na poziomie kontekstu, ale co jest niezwykle ważne, na poziomie formy lingwistycznej. Mimo że ten aspekt jest oczywisty, jeśli chodzi o nauki społeczne, a w szczególności badania dyskursywne, jest on prawie nieuwzględniany przez psychiatrię, a szczególnie przez praktykę psychiatryczną. Jestem zwolennikiem tego, aby z większą wrażliwością wsłuchiwać się w to, jak osoba mówi, nie tylko na poziomie tego, co „naznaczone” (np. niezwykle), ale na poziomie normalności. Dyskursywne koncentrowanie się na cierpieniu ukazuje jego uspołecznienie i otwiera przestrzeń na jakościową epidemiologię, jak to sugeruje Agar (2003). Chodzi o coś, co pozwoli pacjentowi spojrzeć na jego chorobę z perspektywy, ale również skupić się na wyzdrowieniu, które wywodzi się z cierpienia, a nie z ponoć ateoretycznego modelu szczególnego zaburzenia.

Aby ująć to jeszcze radykalniej, wysuwam na czoło lingwistykę i narzędzia potrzebne do analizy dyskursywnej nie jedynie do badania doświadczenia choroby, ale również do praktyki klinicznej. Jako że psychiatry i psycholodzy kliniczni słuchają i wysnuwają wnioski z opowieści swoich pacjentów czy klientów, sugeruję, aby skorzystali oni z systematycznych narzędzi, które sprawią, że ich analiza stanie się głębsza i dokładniejsza. W tym sensie analiza dyskursywna, którą popieram, nie będzie jedynie narzędziem do opisu i zrozumienia doświadczenia choroby na poziomie akademickim.

Będzie ona również potężnym zestawem narzędzi dla lekarzy, którzy będą mogli oddzielić doświadczenia tych, którzy są na nie specjalnie podatni.

Bibliografia

Agar M. (2003), *Toward a Qualitative Epidemiology*, *Qualitative Health Research*, 13, 974–986.

Barker C., Galasiński, D. (2001), *Cultural Studies and Discourse Analysis*, London: Sage.

Bourdieu P. (1984), *Distinction*. London: Routledge and Kegan Paul.

Cassell E.J. (2004), *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*, (2nd edition) Oxford: Oxford University Press.

Fairclough N. (1992), *Discourse and Social Change*, Oxford: Polity Press.

Fee D. (ed.) (2000), *Pathology and the Postmodern*, London: Sage.

Fee D. (2000b), *The project of pathology*, In Fee, 74–99.

Frank A.W. (2001), *Can we research suffering?*, *Qualitative Health Research*, 11, 353–362.

Galasiński D. (2008), *Men 's Discourses of Depression*, Basingstoke: Palgrave (in press).

Galasiński D. (forthcoming), *Constructions of the Self in interaction with the Beck Depression Inventory*, *Health*.

Gottschalk S. (2000), *Escape from insanity*, „Mental disorder” in the postmodern moment, In Fee, 18–48.

Halliday M.A.K. (1994), *An Introduction to Functional Grammar*, (2nd edition), London: Edward Arnold.

Hodge R., Kress G. (1993), *Language as Ideology*, London: Routledge.

Kendell R.E. (2002), *Much diversity, many categories, no entities*, In Maj & Sartorius, 52–54.

Kirk S.A., Hsieh D.K. (2004), *Diagnostic consistency in assessing conduct disorder*, *American Journal of Orthopsychiatry*, 74, 43–55.

Kleinman A. (1988), *Rethinking Psychiatry*, New York: Free Press.

Kleinman A. (1995). *Writing at the Margin*. Berkeley: University of California Press.

Kraus A. (2003), *How can the phenomenological-anthropological approach contribute to diagnosis and classification in psychiatry*, In Fulford, K.W.M.,

Morris K., Sadler J.Z., Stanghellini G. (eds.) (2003), *Nature and Narrative*, (s. 199–216), Oxford: Oxford University Press.

Maj M., Sartorius N. (2002), *Depressive Disorders*, Chichester: John Wiley.

Martin M.W. (1999), *Depression: illness, insight, identity*, *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 6, 271–286.

Moreira V. (2003), *The ideological meaning of depression in the contemporary world*, International Journal of Critical Psychology, 9, 143–159.

Morris D.B. (1997), *About suffering: Voice, genre and moral community*, In Kleinman A.

Das V., Lock M. (eds.) (1997), *Social Suffering*, (s. 25–45) Berkeley: University of California Press.

Morse J.M., Penrod J. (1999), *Linking concepts of enduring, uncertainty, suffering, and hope*, Image: Journal Of Nursing Scholarship, 31, 145–150.

Morse J.M. (2000), *Responding to the cues of suffering*, Health Care for Women International, 21, 1–9.

NICE (2004), *Depression: management of depression in primary and secondary care*, Clinical Guideline 23, London.

Parker G. (2004), *Critique of the guidelines for the treatment of depression*, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38, 885–890.

Phillips J. (2003), *Psychopathology and the narrative self*, Philosophy, Psychiatry and Psychology, 10, 313–328.

Pilgrim D. (2007), *The survival of psychiatric diagnosis*, Social Science & Medicine, 65, 536–547.

Price K., Cheek J. (1996), *Pain as a discursive construction*, Social Sciences in Health, 2, 212–217.

Radley A. (2004), *Suffering*, In Murray M. (ed.) (2004), *Critical Health Psychology*, (s. 31–43). Basingstoke: Palgrave.

Stefanis C.N., Stefanis N.C. (2002), *Diagnosis of depressive disorder*, In Maj & Sartorius, 2002, 1–51.

Strandmark K.M. (2004), *Ill health is powerlessness*, Scandinavian Journal of Caring Sciences, 18, 135–144.

Titscher S., Meyer M., Wodak R., Vetter E. (2000), *Methods of Text and Discourse Analysis*. London: Sage.

Van Dijk T.A. (1993), *Principles of Critical Discourse Analysis*, Discourse & Society 4: 249–283.

Van Leeuwen T., Wodak R. (1999), *Legitimizing immigration control*, Discourse Studies, 1, 83–118.

Wilkinson I. (2005), *Suffering*, Cambridge: Polity.

Willott S., Griffin C. (2004), *Redundant men: constraints on identity change*, Journal of Community & Applied Social Psychology, 14, 53–69.

Willott S. and Griffin C. (1997), “*Wham Bam, am I a Man?*”: *Unemployed Men Talk about Masculinities*, Feminism & Psychology 7, 107–128.

World Health Organisation (1992), *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, New York World Health Organisation.

World Health Organisation (1993), *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Diagnostic criteria for research*. New York World Health Organisation.

World Health Organisation (1998), *Klasyfikacja zaburzen psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, (Polish translation of WHO, 1993), Krakow-Warszawa: Vesalius-IPiN.

Younger J.B. (1995), *The alienation of sufferer*, *Advances in Nursing Science*, 17, 53–72.

Zimmerman M. (1994), *Interview Guide for Evaluating DSM-IV Psychiatric Disorders and the Mental Status Examination*, East Greenwich: Psychological Products Press.



Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Bleszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Maria Gałuszko

Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych
Akademii Medycznej w Gdańsku

MOŻLIWOŚCI ŁAGODZENIA DEPRESJI ZA POMOCĄ TERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ

Depresja była chorobą znaną już w czasach starożytności. Hipokrates (ok. 460–377 p. Chr.) opisywał m.in. temperament melancholiczny (związany z nadmiarem „czarnej żółci”; *melanom* – czarny, *cholos* – żółć), który odnosił do odbiegających od normy zaburzeń nastroju. W obecnej diagnostyce depresji wykorzystuje się jego obserwacje mówiące o lęku, dystymii i melancholii. W podręczniku *Psychiatrii* t. 2 prof. S. Pużyński przytacza cytaty Hipokratesa trafnie określający depresję: „Jeżeli lęk (*phobos*) i złe samopoczucie (*dystymia*) trwają długo, jest to melancholia”. Uwagi Hipokratesa dotyczące podstawowych pojęć (lęk, dystymia, melancholia) oraz współistnienia depresji z chorobami przemiany materii są obecnie wykorzystywane w diagnostyce depresji.

W codziennym życiu często posługujemy się terminem „depresja”. Stosujemy go do określania przejściowych stanów obniżenia nastroju, przygnębienia, jak i stanów głębokiego obniżenia nastroju, które czasami stają się groźne dla życia. Jednak żeby móc rozpoznać depresję należy stwierdzić zaburzenia nie tylko w zakresie nastroju, ale również w sferach życia popędowego, napędu, myślenia i in.

Kryteria rozpoznawania depresji zawarte są w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) i określają konkretne objawy, jak również czas ich trwania.

Zakłada się, że do rozpoznania epizodu depresji objawy powinny utrzymywać się przynajmniej przez 2 tygodnie. Czasem do rozpoznania wystarcza okres krótszy, ale natężenie objawów powinno być wówczas bardzo nasilone, a ich narastanie bardzo szybkie.

Objawy podstawowe depresji to:

- obniżenie nastroju – smutek, anhedonia (niemożność odczuwania radości, szczęścia, satysfakcji); niekiedy pojawia się zubożenie charakteryzujące się niezdolnością do przeżywania zarówno smutku, jak i radości;
- obniżenie napędu psychoruchowego (osłabienie tempa procesów psychicznych i ruchu) – jednostajne spowolnienie tempa myślenia, osłabienie pamięci, poczucie osłabienia sprawności intelektu, poczucie ciągłego zmęczenia fizycznego, utrata energii, siły, spowolnienie ruchów lokomocyjnych, czasami całkowite zahamowanie ruchowe (osłupienie);
- zaburzenia rytmu okołodobowego – hiposomnia (wczesne budzenie się, sen płytki, przerywany), hipersomnia (bez większych zaburzeń snu nocnego, ale senność w ciągu dnia), wahania samopoczucia w okresie dnia (rano nastrój gorszy, wieczorem lepszy);
- objawy somatyczne – związane ze zmianami hormonalnymi towarzyszącymi depresji – bóle głowy (głównie napięciowe), wysychanie śluzówek w jamie ustnej, zaparcia, ubytek masy ciała (obniżone łaknienie), zaburzenia cyklu miesięczkowego u kobiet;
- lęk – wolnopłynący, utrzymuje się prawie stale, ma falujące nasilenie (może ujawnić się w sferze ruchowej, tzw. podniecenie ruchowe lub jako napad paniki). Lęk zwykle umiejscawiany jest przez chorych w okolicy przysercowej lub w nadbrzuszu (tzw. lęk prekordialny).

Objawy wtórne depresji to:

- depresyjne zaburzenia myślenia – negatywna ocena siebie (postępowania, stanu zdrowia, możliwości itd.), negatywna ocena przeszłości oraz przyszłości (tzw. triada Becka). Czasami chorzy mogą wypowiadać urojenia (zaburzenia treści myślenia; błędne sądy uważane przez chorego za prawdziwe, odporne na perswazję). Mogą być to np.: urojenia nihilistyczne (chory twierdzi, że jego ciało ulega pomniejszeniu, zanikowi, niekiedy sądy te dotyczą poszczególnych narządów, np. „nie mogę jeść bo mój żołądek zniknął”);
- urojenia winy, kary – chory uważa np., że przez jego działania, chorobę i in. jego cała rodzina będzie cierpieć lub zginie;
- zaburzenia aktywności złożonej – zmniejszenie liczby i zakresu zain-

teresowań (głównie z powodu poczucia niesprawności intelektualnej), obniżenie zdolności do pracy, osłabienie kontaktów z otoczeniem (często podczas kontaktów z ludźmi pojawia się lęk), izolowanie się, samozaniedbanie. Duża część chorych nie jest w stanie wykonywać pracy zawodowej, podołać obowiązkom domowym, a niektórzy zaspokoić podstawowych potrzeb życiowych (co w skrajnych sytuacjach stanowi zagrożenie życia). Czasami chorzy zmuszają się do wykonywania pracy oraz dotychczasowych obowiązków, ale są mniej wydajni, a ich działaniom towarzyszy lęk;

- zniechęcenie do życia, myśli oraz próby samobójcze są naturalną konsekwencją ww. objawów. Są one przyczyną ok. 15–25% zgonów u osób z depresją.

Częstym objawem u chorych z depresją jest również dysforia – nastrój gniewliwy, zniecierpliwienie, rozdrażnienie. Nie wpływa ona znacząco na konflikty z otoczeniem, a bardziej na agresję skierowaną przeciwko sobie (autoagresja) i ma znaczenie przy podejmowaniu prób samobójczych.

Epizod depresji może przybierać różne nasilenie: łagodne, średnie i ciężkie. Może przebiegać w postaci typowej (dominujące ww. objawy) lub jako depresja maskowana (dominują wówczas np. głównie objawy bólowe lub zaburzenia somatyczne np. dotyczące przewodu pokarmowego lub serca). Dość często występuje również depresja sezonowa (depresja zimowa), w powstawaniu której dużą rolę odgrywa m.in. niedobór światła słonecznego. Zdecydowanie częściej pojawia się ona u osób młodych i głównie dotyczy kobiet (60–90% chorych to kobiety). Nasilenie objawów zwykle jest łagodne lub umiarkowane, a czas ich trwania to kilka tygodni lub 3–4 miesiące. W obrazie klinicznym dominują: nadmierna senność w ciągu dnia (hipersomnia), znaczne obniżenie aktywności, ociężałość, wzrost łaknienia („głód węglowodanów”) i wskutek tego wzrost masy ciała.

W populacji dorosłych rozpowszechnienie depresji waha się w granicach 6–12% w skali roku, u osób w wieku podeszłym sięga do 15%. Częściej chorują kobiety.

Przyczyny powstawania depresji nie są do końca poznane. Zakłada się udział czynników biologicznych (dziedziczenie), psychologicznych (np. osobowościowych) oraz środowiskowych.

U 50% chorych początek depresji poprzedzają różnorodne sytuacje stresowe. Mogą być to tzw. stresory psychiczne (np. straty, urazy emocjonalne, zmiana środowiska, straty materialne, czasem sukces), jak i stresory somatyczne (np. poród, depresje poporodowe u matek), zaburzenia hormonalne, urazy, zakażenia, niektóre leki).

Nie wszystkie jednak osoby poddane stresorom psychicznym lub somatycznym rozwijają objawy depresji. Wpływ na to mają wyżej wspomniane czynniki, tj. podatność biologiczna oraz cechy osobowości.

Istnieje wiele teorii psychologicznych tłumaczących powstawanie depresji. Niektóre z nich zaprezentuję poniżej.

Współczesne koncepcje psychoanalityczne przypisują znaczenie rozwojowi struktury osobowości we wczesnym dzieciństwie. Istotną rolę odgrywają występujące w tym okresie urazy i konflikty. W wywołaniu depresji w okresie dzieciństwa oraz dojrzewania upatruje się rolę zaburzonej relacji matka–dziecko i związanej z tym deprivacji potrzeb emocjonalnych. Badania, które przeprowadzano, koncentrowały się na roli rozłąki dziecka z rodzicami, a zwłaszcza separacji od matki (Spitz, Bowlby).

Koncepcje poznawcze (kognitywne) zakładają, że osoby, u których występuje depresja, już przed zachorowaniem cechują się niską samooceną, niewiarą we własne możliwości i siły. Są przekonane, że z góry są skazane na porażki. Ten zaburzony, negatywny obraz dotyczy teraźniejszości, przeszłości oraz przyszłości. Według autora koncepcji poznawczej – A.T. Becka – taki rodzaj myślenia w pewnych sytuacjach staje się przyczyną powstania depresji i lęku.

Koncepcja „wyczonej bezradności” (Seligmann) wywodzi się z teorii uczenia. Zakłada ona, że osoby, u których występują stany depresyjne, cechuje bezradność w wyborze najważniejszych odpowiedzi i niezdolność do unikania sytuacji i odpowiedzi, które pociągają za sobą karę. Wskutek negatywnych doświadczeń z przeszłości osoby takie są przekonane, że nagroda i kara są niezależne od podejmowanych przez te osoby działań. Osoby takie nie potrafią wyciągać wniosków z następstw swoich zachowań oraz zachowań innych.

Koncepcje behawioralne zakładają, że depresja wiąże się z niskim poziomem wzmocnień ze strony środowiska. Według Lewinsohna, jednostka może albo otrzymywać za mało wzmocnień pozytywnych ze środowiska, albo nie potrafi właściwie ich wykorzystać lub też w środowisku może być za mało wzmocnień pozytywnych. Z drugiej strony, osoby, u których występują stany depresyjne, są wyczulone na odbiór bodźców negatywnych (psychicznych i fizycznych) z otoczenia.

Inni badacze (m.in. Liebermann, Raskin) zakładają, że depresja jest formą adaptacji do warunków środowiskowych i wymogów stawianych przez otoczenie. Granie „roli chorego” pełni ważną funkcję w zwalnianiu chorego z pełnienia różnych ról, nie zawsze dla niego wygodnych.

Koncepcje psychologiczne depresji stały się punktem wyjścia do wprowadzenia psychoterapii jako metody leczenia zaburzeń depresyjnych.

Najczęściej stosowane rodzaje psychoterapii w leczeniu depresji to: terapia psychoanalityczna, terapia interpersonalna, terapia rodzin oraz terapia poznawczo-behawioralna.

Najlepsze efekty uzyskuje się łącząc psychoterapię z farmakoterapią. Czasami, szczególnie kiedy nasilenie depresji jest w stopniu łagodnym lub umiarkowanym, można zastosować z powodzeniem tylko psychoterapię.

Do grupy najbardziej skutecznych form psychoterapii zalicza się terapię poznawczo-behawioralną. Do chwili obecnej wykonano szereg badań porównawczych z innymi rodzajami psychoterapii oraz z farmakoterapią. W wielu wypadkach wykazano większą skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w porównaniu z innymi rodzajami psychoterapii lub porównywalną skuteczność z farmakoterapią w leczeniu depresji. Aktualnie często łączy się farmakoterapię oraz psychoterapię poznawczo-behawioralną.

Terapia poznawczo-behawioralna jest syntezą dwóch koncepcji terapeutycznych: poznawczej i behawioralnej. Zakłada, że istnieje ścisły związek pomiędzy myślami, emocjami, zachowaniami i reakcjami fizjologicznymi człowieka w odpowiedzi na czynnik środowiskowy (zewnętrzny). Jeżeli spowoduje się zmianę któregoś z ww. czynników, wywoła to zmianę pozostałych, np. zmiana zachowania spowoduje zmianę nastroju, myślenia itd.

Terapia poznawczo-behawioralna jest terapią określoną w czasie (krótkoterminową), ustrukturyzowaną, zorientowaną na problem, edukacyjną. Wykorzystuje się w niej wiedzę na temat osobowości, psychopatologii, fizjologii i funkcjonowania psychicznego człowieka. Terapia ta wymaga aktywnego udziału pacjenta w ciągu całego czasu jej trwania.

Strukturę terapii można w zarysie przedstawić następująco. Na początku terapeuta buduje relację z pacjentem oraz zbiera informacje potrzebne do postawienia diagnozy. Jednocześnie już od początku wprowadza elementy modelu poznawczego i uczy pacjenta zależności pomiędzy myśleniem, nastrojem, zachowaniem i reakcjami fizjologicznymi. Po ustaleniu diagnozy przeprowadza się psychoedukację dotyczącą aktualnego zaburzenia. Następnie, wspólnie z pacjentem ustala się cele terapii i możliwe do wprowadzenia sposoby terapeutyczne. Dalsze spotkania mają na celu naukę radzenia sobie z problemami oraz utrwalanie osiągniętych celów.

W trakcie terapii ważne jest zidentyfikowanie przekonań pacjenta dotyczących siebie, innych ludzi oraz świata. Przekonania kształtują się w ciągu całego życia, są oparte na własnych doświadczeniach, ich interpretacji. Zakłada się, że w depresji nabywanie dysfunkcyjnych przekonań kluczowych następuje przez takie doświadczenia wieku dziecięcego, jak np. przemoc czy zaniedbanie. Według Becka, w depresji dominują dwie grupy dysfunkcyjnych przekonań kluczowych: własnej bezradności oraz bycia niekochanym. W okresach niewielkiego nasilenia stresorów dysfunkcyjne przekonania

kluczowe zwykle pozostają w formie utajonej. Dopiero negatywne wydarzenia życiowe potwierdzające te przekonania mogą je uaktywnić. Takie uaktywnienie dysfunkcyjnych przekonań może zahamować dotychczas przyswojone pozytywne treści poznawcze, a także ułatwić przywoływanie treści negatywnych. Człowiek zaczyna oceniać codzienne doświadczenia w taki sposób, aby były one zbieżne z negatywnymi przekonaniami (myślenie ulega procesowi zniekształceń poznawczych). Zniekształcenia myślenia typowe dla depresji Beck nazywa „negatywnym filtrem”, a negatywne wnioski wyciągane na ich podstawie „myślami automatycznymi”.

Wzmocnienie negatywnego przekonania kluczowego wpływa na wzmocnienie objawów depresyjnych.

Wyżej wymienione zależności ilustruje następujący przykład.

Anna (l. 37) – zgłosiła się na terapię z powodu przygnębienia, kłopotów ze snem, koncentracją uwagi. W ciągu dnia odczuwa lęk. Nie radzi sobie w pracy, uważa, że zostanie zwolniona. Odsunęła się od znajomych, bo jest bezwartościowa. Nic nie potrafi. Objawy pojawiły się po tym, jak mąż wyprowadził się i zażądał rozwodu. Trwają około 1 miesiąca.

Dane z przeszłości:

– jedynaczka, matka zginęła w wypadku, kiedy pacjentka chodziła do 2 klasy szkoły podstawowej; po tym wydarzeniu ojciec zaczął bardzo dużo pracować, zapewniał tylko podstawowe potrzeby córki. Wychowywała się właściwie sama. W szkole uczyła się bardzo dobrze, ale ojciec nie doceniał jej osiągnięć. Miała bliską koleżankę, która, jak się okazało później, nie była z nią szczerą. Potem przyjaźniła się z innymi dziewczynkami, którym głównie pomagała w nauce. Ogólnie lubiana. W LO uczyła się nadal bardzo dobrze i pomagała innym. Ojciec wciąż wymagał od niej maksymalnego zaangażowania w naukę, nie dając wzmocnień psychicznych. Często ją krytykował. Do okresu studiów nie miała chłopaka. Po ukończeniu nauki wyszła za mąż. Początkowo mąż bardzo się o nią troszczył, dawał poczucie bezpieczeństwa. Zaczęła pracę i ze wsparciem męża dobrze się odnalazła w zawodzie. Doceniana przez szefową. Zaprzyjaźniła się z koleżanką z pracy. Małżeństwo trwało 4 lata. Cały czas podporządkowana mężowi.

Na podstawie tych informacji można przypuszczać, że u pacjentki powstały przekonania kluczowe: „jestem sama” (śmierć matki, „pozostawienie przez ojca”), „nie zasługują na akceptację, miłość” (stosunek ojca do niej, nieszczerść koleżanki), „nie jestem dość dobra” (brak gratyfikacji), „jestem gorsza”, „inni są lepsi”, „na akceptację trzeba zasłużyć” (pomaganie innym w nauce w zamian za przyjaźń), „świat jest niebezpieczny” (śmierć matki) itd. Przekonania te kształtowały się w wyniku wczesnych doświadczeń życiowych pacjentki. Z upływem czasu chora nabywała również pozytywnych przekonań

dotyczące siebie i innych. W związku z tym te negatywne przekonania kluczowe przestały być dominujące. Sytuacja rozwodu uaktywniła ponownie dysfunkcjonalne przekonania i pacjentka rozwinęła objawy depresji.

Przedstawiona powyżej częściowa analiza przekonań jest fragmentem koncepcjonalizacji problemu pacjentki. Należy ją omówić z chorą na sesji i zbadać trafność wniosków terapeuty. Następnie za pomocą technik poznawczych można rozpocząć proces zamiany dysfunkcjonalnych przekonań na funkcjonalne.

Trzeba nauczyć pacjentkę modelu poznawczego, pokazując, w jaki sposób myśli wpływają na jej emocje i zachowanie, np. myśli „zwolnią mnie z pracy”, „nic nie potrafię” – wywołują przygnębienie i lęk. Pacjentka powinna się sama nauczyć rozpoznawać swoje myśli (tzw. myśli automatyczne) i zaczynać z nimi dyskutować, aby móc sformułować myśli alternatywne. Następnie takie myśli należy „przetestować” w rzeczywistości.

Nie wolno w tym procesie pominąć elementu psychoedukacji depresji, która daje często pacjentom poczucie ulgi, ponieważ zaczynają rozumieć, co się z nimi dzieje. Odzyskują nadzieje na poprawę.

Ważnym elementem terapii są także techniki behawioralne. Od początkowych sesji można wprowadzać np. relaksację (oddechową, mięśniową). Powoduje ona rozluźnienie, a stosowana podczas nasilenia lęku – jego zmniejszenie. Ważna jest również rola planowania czynności codziennych (z uwzględnieniem zajęć sprawiających przyjemność) oraz regularny wysiłek fizyczny, który powoduje poprawę nastroju.

Po osiągnięciu poprawy w zakresie dolegliwości należy na kolejnych sesjach utrzymywać postępy terapii.

Przedstawiony powyżej zarys terapii depresji jest szczególnie skuteczny w przypadkach depresji o nasileniu łagodnym lub średnim.

Bibliografia

Pużyński S. (2002), *Zaburzenia afektywne* (rozdz.), w: Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.), *Psychiatria*, t. 2, Urban&Partner, Wrocław.

ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne (1998), UWM „Vesalius” i Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa.

Zaburzenia afektywne (1992), w: Bilikiewicz A., Strzyżewski W. (red.), *Psychiatria, podręcznik dla studentów medycyny*, PZWL, Warszawa.

Reinecke M.A., Clark D. (red.), (2005), *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*, GWP, Gdańsk.

Beck J.S. (2005), *Terapia poznawcza. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*, WUJ, Kraków.

Schuyler D. (2004), *Terapia poznawcza w depresji*, Psychiatria po Dyplomie t. 1, nr 1.

Ramirez Basco M., Merlock M., McDonald N. (2004), *Strategie poznawczo-behawioralne w leczeniu zaburzenia afektywnego dwubiegunowego*, Psychiatria po Dyplomie, t. 1, nr 1.

Hammen K. (2004), *Depresja*, GWP, Gdańsk.



Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błeszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Mirosław Dąbkowski

Katedra i Klinika Psychiatrii Collegium Medicum
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

BIOETYCZNE ASPEKTY BULLYINGU – PRZEMOCY RÓWIEŚNICZEJ

Zachowania agresywne są naturalną formą aktywności w repertuarze ludzkich zachowań. Ujmując je szerzej, w kategoriach etologicznych, są one uruchamiane w sytuacjach zagrożenia biologicznego, walki o życie, o pokarm, o terytorium bądź o pożądanego partnera seksualnego. W świecie ludzi zachowania agresywne ujawniają się też w kontekście zagrożenia wartości symbolicznych. Są przejawem walki o władzę i znaczenie, ale również o akceptację i miłość.

Pomijając patofizjologiczne źródła ujawnianej agresji w przebiegu różnych chorób uszkadzających OUN (Ośrodkowy Układ Nerwowy), zachowania agresywne są zwykle związane z lękiem i wchodzą w zakres systemu regulującego funkcjonowanie człowieka w środowisku.

Rozważając zagadnienia etyczne dotyczące przemocy, należy więc mieć na uwadze jej regulacyjne znaczenie.

Zalew agresji w życiu współczesnym wskazuje jednak, że ten mechanizm radzenia sobie ulega dystorsji. Bywa ujawniany w nieadekwatnych sytuacjach, w sposób sztywny, często zanikają alternatywne sposoby zachowania, zanikają też zdolności jej modyfikowania. Agresja ujawniana w sytuacjach nieprzewidywalnych i nieoczekiwanych wywołuje w otoczeniu istotne poczucie zagrożenia, a u potencjalnej ofiary znaczny lęk i cierpienie.

Zachowania agresywne w grupie rówieśników znane są we wszystkich kulturach i społecznościach. Jeśli wykraczają one poza swe źródła popędowe bądź patofizjologiczne, zachowaniom takim w antropologii przypisuje się zna-

czenie regulacyjne w relacjach wewnątrzgrupowych. Agresja rówieśnicza obejmuje zwykle wyśmiewanie się, upokarzanie, poniżanie i przemoc fizyczną wobec tych, którzy „różnią się od pozostałych”: są odmienni od grupy, „nowi”, nie spełniają jej norm lub są po prostu słabsi lub młodsi. W literaturze anglosaskiej zachowania takie noszą nazwę *bullying*, po polsku czasem zwane są „zjawiskiem fali”, częściej określane opisowo jako znęcanie się, przemoc wśród rówieśników.

Ten rodzaj aktywności wewnątrzgrupowej jest powszechny, znaleźć go można zarówno w najmłodszych klasach szkół podstawowych, jak i wśród rekrutów powołanych do wojska.

Choć znane od zawsze, to dopiero w ostatnich zwłaszcza latach pojawiły się w środkach masowego przekazu dramatyczne opisy dzieci poniżanych i wykorzystywanych fizycznie i psychicznie przez swych rówieśników, i z tego powodu unikających chodzenia do szkoły, ujawniających zaburzenia depresyjne, lękowe, a nawet podejmujących próby samobójcze.

Rodzice i pedagodzy, psycholodzy i psychiatrzy zaczęli dostrzegać nie tylko problemy wychowawcze związane z bullyingiem, związki takich form przemocy rówieśniczej z absencją szkolną, pogarszaniem sprawności uczenia i ogólnego stanu zdrowia, ale również zwrócono uwagę na następstwa psychopatologiczne i subiektywnie przeżywane cierpienie dzieci, włączonych w zjawisko bullyingu.

Bullying to zamierzone, intencjonalnie powtarzalne i nieprovokowane zachowania agresywne jednego lub grupy sprawców wobec ofiary, z zamiarem sprawienia jej bólu fizycznego, przykrości, wywołania u niej poczucia poniżenia lub zagrożenia; najczęściej w obliczu grupy „wizów”, z wyraźną nierównowagą sił – niemożnością obronienia się ofiary i poczuciem bezkarności sprawcy¹. Przebiegając zawsze w kontekście społecznym, aktywność taka ujawnia się w tych grupach dzieci i młodzieży, gdzie relacje oparte są na sile, a brak jest wystarczającego nadzoru.

W zachowaniach tego typu zawsze obecne są trzy strony, konstytuujące zjawisko bullyingu: sprawca, ofiara i otoczenie – grupa rówieśników, przed która rozgrywa się spektakl znęcania się. Każda z tych stron płaci swą cenę cierpienia za udział – zwykle niechciany – w bullyingu.

Następstwa takich zachowań, choć zróżnicowane, obejmujące różne zmiany w sferze zachowań aktualnych i konstrukcji modeli funkcjonowania w przyszłości, możliwościach intelektualno-poznawczych, czynnościach popędowych – zawsze jednak związane są z problemami emocjonalnymi, przede wszystkim z obawą, przygnębieniem i lękiem. Stopień podmiotowej świadomości takiego stanu cierpienia nie jest jednakowy, zależy od poziomu dojrza-

¹ D. Olweus, *Bullying in school: what we know and what we can do*, Oxford, Blackwell 1993.

łości emocjonalnej i moralnej, od umiejętności intelektualnego wglądu w stan swych emocji i oczywiście od pozycji, jaką zajmuje się w trójstronnej relacji przemocy rówieśniczej.

Bullying jest zjawiskiem powszechnym. Uważa się, że nie ma szkoły czy jakiegokolwiek innej względnie trwałej struktury organizacyjnej dzieci i młodzieży, która miałaby być od tego wolna².

Bullying – znęcanie się, ma charakter bezpośredniego ataku lub działań pośrednich. Bullying bezpośredni może obejmować przemoc fizyczną – popychanie, plucie, kopanie, uderzanie, zabieranie i chowanie rzeczy, zmuszanie do wykonywania poniżających, ośmieszających i/lub odrażających czynności, w tym kopro- i uro-filnych lub seksualnych. Może zawierać się też jedynie w przemocy emocjonalnej i mieć charakter słowny – grożenie, poniżanie przez przezywanie, wyśmiewanie, robienie min i prowokowanie.

Bullying pośredni (ukryty) przejawia się agresją relacyjną – poprzez obmawianie, rozpuszczanie plotek, namawianie innych do izolacji ofiary, odrzucenia jej i ignorowania³. W tej podgrupie pośrednich zachowań związanych z przemocą jest też tzw. cyber bullying – np. umieszczanie w sieci internetowej (poprzez komunikatory, e-maile, blogi, fora itp.) oszczerczych informacji, zdjęć i fotomontaży; przesyłanie poprzez sieci telefonii komórkowej zdjęć i filmów, pomówień i plotek⁴.

Charakterystycznie układa się typowa sylwetka psychologiczna sprawcy bullyingu. Jest on impulsywny, dominujący, bez empatii, umiejętności wczucia się w przeżycia innych, często z cechami aleksytymii (niemożności werbalizowania swoich odczuć), postrzegający pozytywnie przemoc, łaknący społecznego prestiżu a jednocześnie cieszący się wysoką samoocena.

Cechami osobowościowymi ofiary bullyingu są: małe poczucie bezpieczeństwa, stałe napięcie lękowe, niski wskaźnik więzi rówieśniczych, niskie poczucie kompetencji i samooceny. Dziecko takie zwykle już wcześniej, zanim stało się obiektem agresji, miało niekorzystne o sobie mniemanie i negatywnie oceniało swe zachowania, uważało siebie za „nieudacznika”, głupiego i nieatrakcyjnego⁵.

² G. Salmon, A. James, D. M. Smith, *Bullying in schools: self reported anxiety, depression and self esteem in secondary school children*, Br. Med. J. 1998, 317, 924–925.

³ P. Due, B.E. Holstein, J. Lynch, F. Diderichsen, S.N. Gabhain, P. Scheidt, C. Currie and The Health Behaviour in School-Aged Children Bullying Working Group, *Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries*, Europ. J. Publ. Health. 2005, 15, 2, 128–132.

⁴ R.M. Kowalski, S.P. Limber, *Electronic bullying among middle school students*, J. Adolesc. Health. 2007 Dec, 41, 6, Suppl 1, 22–30.

⁵ J. Dawkins, P. Hill, *Bullying: another form of abuse?*, w: T.J. David, *Recent advances in pediatrics*, Edinburgh, Livingstone 1995.

Opisuje się też „aktywne ofiary”, tj. osoby z wiktymologicznym naznaczeniem, które są outsiderami, nieomal zupełnie bez przyjaciół, czasem pochodzą one z rodzin nadopiekuńczych bądź z rodzin obarczonych wewnętrznym kryzysem czy innym przewlekłym stresem; nierzadko wywodzą się one z definiowanej w danej grupie społecznej mniejszości (np. etnicznej). Mogą to być osoby wyróżniające się w jakikolwiek oczywisty sposób od większości – np. poprzez kalectwo fizyczne lub niski wzrost; wyróżnikiem mogą też być wyraźnie większe trudności w nauce (istotne deficyty intelektualne). Również osoby zachowujące się nieodpowiednio, nietypowo, ściągają na siebie agresję bullyingu. Do tej grupy zaliczyć można też dzieci z zespołem Aspergera lub ze *spectrum* zaburzeń autystycznych⁶.

Bullying jest fenomenem społecznym. Niezbędnym punktem odniesienia dla relacji „sprawca–ofiara” są aktywni „widzowie”, dostarczający gratyfikacji społecznej dla sprawcy przemocy i będący źródłem wzmocnienia dla jego zachowań agresywnych.

Podstawowe społeczno-demograficzne wyróżniki zachowań znęcania się rówieśniczego to fakty, iż sprawca, ofiara i widzowie są w zbliżonym wieku; zwykle zachowania te dotyczą dzieci i młodzieży w przedziale 6–18 lat; zachowania te mają charakter trwały, bo oparte są na przekonaniu, że obowiązuje fałszywa lojalność wobec sprawcy, a także wiążą one wszystkich uczestników bullyingu (sprawcę, ofiarę i widzów) mitem o nieuchronności takich zachowań oraz o kluczowej roli tajemnic wewnątrz grupy. Wyrastają one zresztą z powszechnych w większości kultur i subkultur mitów o inicjacji i rytuałów w grupie⁷.

Wskazując na możliwe źródła bullyingu, konieczne jest choćby skrótowe omówienie jego społecznego kontekstu.

Wrogie, pełne przemocy, nieprawidłowe zachowania jednostek wpływają na system społeczny – ludzi, którzy się z takimi zachowaniami stykają; lecz i w sposób zwrotny zachowania te są wzmacniane przez ten sam system. Można to zaobserwować np. we wzajemnych relacjach jednostki i mass mediów. Środki masowego przekazu karmią się przejawami agresji z życia, kreując wirtualny świat pełen przemocy, a to z kolei wyucza, modeluje i roznieca schematy postępowania agresywnego u widzów.

W filmach i grach komputerowych, w klipach reklamowych i materiałach informacyjnych, w telewizji i w prasie (i to nie tylko w niskich lotów tabloidach) – wszędzie dominuje przemoc, nierzadko z atrybucją sukcesu i satysfakcji agresora. U odbiorcy bez własnego systemu wartości i utrwalonych za-

⁶ E.V.E. Hodges, D.G. Perry, *Personal and interpersonal antecedens and consequences of victimisation by peers*, J. Pers. Soc. Psychol., 1999, 76, 677–685.

⁷ D. Olweus, *Bullying at school: basic facts and effects of a school based intewention program*. J. Child Psychol. Psychiatry. 1994 Oct, 35, 7, 1171–1190.

sad aksjologicznych – a takimi są zwykle dzieci i młodzież – wywołuje to na zasadzie torowania i odwzorowania potrzebę agresji⁸.

Lecz czy można jednoznacznie wartościować etycznie twórców, którzy nasycają kulturę agresją?

Mocne, agresywne przekazy łączą się z silnymi emocjami, mają większy wpływ na odbiorcę – a to jest celem każdego twórcy. Co więcej, odpowiada to społecznemu zapotrzebowaniu, obrazy przemocy mają bowiem szczególną siłę uwodzicielską i są wybitnie pożądane przez większość publiczności.

Stałe, często podprogowe, ledwo więc zauważalne bodźcowanie informacjami pełnymi przemocy, również na innej drodze, zgodnie z zasadami kindlingu (rozniecania), wywołuje kumulację i erupcję zachowań agresywnych.

Eskalacja przemocy wśród rówieśników, obserwowana od paru lat w Polsce, może też być związana z okresem przemian społeczno-kulturowych, jakim podlega nasz kraj.

W czasie znacznych przewartościowań społeczno-ekonomicznych i norm regulujących losy człowieka w grupie zacierają się wcześniej klarowne zasady postępowania w kwestiach kulturowych, ekonomicznych i moralnych.

Dochodzi do społecznej dezintegracji, zanika kontrolna i jednocząca funkcja najbliższej grupy odniesienia. Każdy zajmuje się jedynie sobą, realizacją swych przywilejów lub egzekwowaniem swych „należnych” praw. Brak internalizacji wartości supraegoistycznych przy osłabieniu lub wręcz absencji socjalizującego wpływu otoczenia prowadzi do uniezależnienia się od akceptacji bądź odrzucenia ze strony grupy. Widoczne jest to pod postacią atomizacji nawet w rodzinie, grupie dotychczas najwzszechstronniej wewnętrznie spójnej.

Wydaje się, że zarysowane tu tendencje mają swe korzenie również w kierunkach rozwoju współczesnej cywilizacji. Odnieść to można zarówno do myśli kulturowo-filozoficznych, zwłaszcza postmodernizmu, skąd wielu czerpie powierzchownie rozumiany relatywizm czy nieufność wobec stabilnych wartości, jak i do nieudolnych epigonów psychologii humanistycznej i haseł nieskrępowanej wolności rozwoju jednostki. Również i osiągnięcia techniczne sprzyjają zanikowi więziotwórczej roli grupy i kontaktów społecznych dyscyplinujących zachowania ludzkie.

Podstawowa dla człowieka potrzeba akceptacji, więzi z drugim, miłości, realizowana bywa poprzez anonimowe w gruncie rzeczy, a zwykle bardzo intymne kontakty internetowe, sms-owe; z rzadka tylko i zwykle na krótko z przestrzeni wirtualnej przechodzące do „realu”. Potrzeby popędowe, tak jak i emocjonalne, mogą być realizowane zastępczo – wyobrażeniowo przy filmach i portalach sieci albo czysto mechanicznie, z bogatym instrumentarium, bez angażowania się w jakikolwiek kontakt interpersonalny.

⁸ D. Black, M. Newman, *Television violence and children*, Br. Med. J. 1995, 310, 274–275.

Taka autonomia jednostki osłabia kontrolę egodystonicznie uruchamianych nieadekwatnych zachowań agresywnych i potrzebę zachowywania się zgodnie z normami swej grupy społecznej.

Powszechnie wskazuje się na związek pomiędzy deprywacją społeczną a bullyingiem. Zarówno wśród ofiar, jak i wśród ich prześladowców liczba przyjaciół jest istotnie mniejsza od liczby przyjaciół u zdrowych rówieśników⁹.

Podobnie dla Scotta¹⁰ podstawowym źródłem bullyingu są zaburzenia procesu socjalizacji. Jednakże Olweus¹¹ źródła te lokuje bardziej w cechach „osobowościowych” oraz wczesnym uczeniu się specyficznej tolerancji wobec zachowań agresywnych. Niewątpliwie biologicznie i genetycznie uwarunkowaną agresję rozpatrywać można również w kategoriach dynamiki społecznej.

Warto przywołać tu socjologiczne teorie Johana Huizinga¹², postrzegającego zachowania ludzkie w kategoriach zabawy.

Lokując zachowania agresywne w świecie *homo ludens*, dostrzeżemy jej funkcje sublimacyjne, treningowe wobec potrzeb i popędów realizowanych jednak nieadekwatnie, bo przy braku realnego zagrożenia. Przemoc jest wówczas wpisana w określone reguły, zachowania ludyczne – „zabawę”, lecz będąc grą pozostaje przecież dotkliwą rzeczywistością, okrutną i bezwzględną.

I tak rytuały inicjacyjne w grupie rówieśniczej w szkole czy w wojsku, bądź (zgodnie z zasadami dynamiki grupowej) znajdowanie „kozła ofiarnego”, konsolidującego grupę i zmniejszającego poziom napięć wewnętrznych – stają się skrzywione i sparodiowane, wymykając się spod kontroli.

Istnieje także opinia, potwierdzana w szeregu badań (patrz Seals i in.¹³), o wzajemnym związku pomiędzy nasileniem agresji i przejawów bullyingu a topografią biedy. W rodzinach ekonomicznie ubogich rodzice generalizują swą bezradność na proces edukacyjny swego dziecka, a zawczasu przewidując niepowodzenie w wychowaniu – wycofują się z prób jego kształtowania; często też ujawniają otwartą agresję wobec dziecka, upatrując w nim „źródło” obciążenia, a pośrednio i przyczynę swego poczucia winy¹⁴.

⁹ T.R. Nansel, M. Overpeck, R.S. Pilla, W.J. Ruan, B. Simons-Morton, P. Scheidt, *Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment*, J. A. M. A. 2001, Apr., 25, 285, 16, 2094–2100.

¹⁰ S. Scott, Q. Spender, M. Doolan, B. Jacobs, H. Aspland, *Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice*, Br. Med. J. 2001, Jul, 28, 323, 7306, 194–198.

¹¹ D. Olweus, *The consistency issue in personality psychology revisited - with special reference to aggression*, Br. J. Soc. Clin. Psychol. 1980, Nov, 19, Pt 4, 377–390.

¹² J. Huizinga, *Homo ludens. Zabawa jako źródło kultury*, Czytelnik, Warszawa 1985.

¹³ D. Seals, J. Young, *Bullying and victimization: Prevalence and relation to gender, grade level, ethnicity, self-esteem and depression*, Adolescence. 2003, Winter, 38, 152, 735–747.

¹⁴ M. Fekkes, F.I.M. Pijpers, S.E. Verloove-Vanhorick, *Bullying: who does what, when and where? Involvement of children, teachers and parents in bullying behavior*, Health Educ. Res. 2005, Feb., 1, 20, 1, 81–91.

Rola rodziny jest, jak się wydaje, kluczowa w kształtowaniu zachowań, również agresywnych.

Chazan¹⁵ wskazał na znaczenie różnych kombinacji temperamentów rodziców, ich odmiennych, niezharmonizowanych postaw i wzorców oddziaływania. Gdy w rodzinie nie można przewidzieć niekonsekwentnych zachowań rodziców – agresja dziecka staje się mechanizmem adaptacyjnym.

Równie często agresja jest otwarcie ujawniana przez oboje rodziców wobec siebie, a dzieci są wciągane do brutalnych starć. W takich warunkach muszą one być wciąż czujne, nie wiedząc, kto może je zniemacka uderzyć (nawet w sensie dosłownym). Liczy się tam tylko siła, dzieci w takich rodzinach panicznie boją się więc bezradności i uległości. Jedynymi akceptowanymi wartościami stają się dominacja i niezależność, cynizm i bezczelność, a okazywanie spolegliwości i ciepłych uczuć jest oznaką słabości i prowadzi do strat.

W innych rodzinach nagradzany jest konformizm i podporządkowanie jako główny sposób układania relacji międzyludzkich. Dzieciom odmawia się samodzielności, a ich wola jest łamana. Dziecko ma być „dostosowane” do woli rodzica, a to oznacza uległość. Z tego powodu dziecko ma stałe uczucie bolesnego sfrustrowania – niedowartościowania, poniżenia i mniejszej wartości. W środowisku pozarodzinnym zachowuje się wówczas podobnie służalczo wobec pewnych ludzi, ale jednocześnie okrutnie wobec tych, których uważa za słabych.

Ujawnianie przemocy i wrogości wobec obiektów/osób słabych, niebudzących lęku jest często jedyną, poronną a społecznie niekorzystną formą kanalizowania agresji. Osób takich w okresie wczesnego dzieciństwa nie wyposażono w umiejętności skutecznego posługiwania się immanentnymi dla psychiki tendencjami agresywnymi poprzez zachowania sublimacyjne – rywalizacyjne i asertywnie realizujące własne ambicje¹⁶.

Podobne mechanizmy dotyczą młodzieży, narażonej na konfrontację swych oczekiwań z realnym brakiem życiowych i ekonomicznych perspektyw. Stan taki wywołuje permanentną frustrację i potrzebę szukania prostych sposobów ograniczenia narastającego wewnętrznego napięcia poprzez ujawnianie agresji w relacjach rówieśniczych.

W wielu pracach wskazuje się na inne możliwe źródła zagrożenia bullingiem. Porównuje się np. szkoły z dużym natężeniem bullingu ze szkołami o niewielkim jego nasileniu. Jedynym wyróżnikiem między nimi okazuje się podejście szkoły do problemu przemocy rówieśniczej. Sugeruje się więc, że to

¹⁵ S.E. Chazan, *Merging and emerging realities: simultaneous treatment of parent and child*, Am. J. Psychother. 1992, Apr, 46, 2, 281–296.

¹⁶ V.E. Besag, *Bullies and victims at schools: a guide to understanding and management*, Milton Keynes: Open University Press 1989.

właśnie jest sprawa kluczowa – rola szkoły – w ograniczaniu bądź sprzyjaniu temu zjawisku¹⁷.

W badaniach brytyjskich ujawniono, że wciąż ok. 25% nauczycieli sądzi, że ignorowanie bullingu jest czasem pomocne w ograniczaniu tego problemu. Ale jednocześnie dzieci, wypytywane w tej sprawie wyrażają jednoznaczną opinię, iż to właśnie nauczyciel musi podjąć działania w takich sytuacjach¹⁸.

Czasem, niestety, działania pedagoga zacierają w odmiennym kierunku. Już w szkole obserwuje się eliminację słabszych, niedostosowanych uczniów. Dzieci z trudem nadążające za grupą klasową z powodów jękania, specyficznych trudności szkolnych w czytaniu i pisaniu, gorszych sprawności manualnych bądź dzieci nadrucliwe czy mniej dojrzałe emocjonalnie są wyśmiewane przez nauczycieli, stawia się im zbyt wysokie wymagania. Nieprofesjonalne próby „mobilizowania” ucznia do realizacji nadmiernych oczekiwań wobec jego możliwości – przybierają formę poniżania go przed obliczem klasy, drwin i piętnowania.

Wyzwała to w grupie dzieci mechanizm odwzorowywania okazywania agresji wobec klasowego „kozła ofiarnego”. Ofiara bullingu jest wówczas prześladowana przez nauczycieli i przez swych kolegów.

Zjawisko przemocy rówieśniczej istniejące w każdej szkole, bardzo często konstituuje podstawy „drugiego życia” szkoły. W większości pozostaje ono poza zainteresowaniem pedagogów, milcząco tolerujących przemoc rówieśniczą jako przejaw rzekomej „naturalnej uczniowskiej aktywności”. Dopóki nie przekroczone zostaną granice regulacji prawnych bądź nie pojawi się osobiste zagrożenie nauczyciela, wynikające z naruszenia granic między pokoleniami – bullying nie budzi większego zainteresowania pedagogów. A pozostaje istotnym źródłem cierpienia i distresu dla uczniów, osamotnionych, bo nie znajdujących pomocy u nauczycieli, a nierzadko i u rodziców.

W swej typowej formie bullying – tak jak opisują to uczniowie – obejmuje zmuszanie młodszych uczniów, zwykle pierwszoklasistów danego typu szkoły do poniżającego, odbierającego godność zachowania.

Czasem bullying przybiera postać wymuszenia rozbójniczego czy rabunku – z zabieraniem drobnych sum pieniędzy, atrakcyjnych ubrań bądź też systematycznego ściągania haraczu, np. w postaci papierosów.

Bullying jest przejawem aktywności grupowej i jako taki należy do dziedziny psychologii społecznej. Jednak nie znajdzie się tu zgodności co do trafnej definicji tego zjawiska.

¹⁷ D. Wolke, S. Woods, K. Stanford, H. Schulz, *Bullying and victimization of primary school children in England and Germany: prevalence and school factors*, Br. J. Psychol. 2001, Nov, 92, Pt 4, 673–696.

¹⁸ M.J. Boulton, K. Underwood, *Bully/victim problems among middle school children*, Br. J. Educ. Psychol. 1992, Feb, 62, Pt 1, 73–87.

Analogiczne zachowania wśród dzieci i młodzieży opisywał w 1973 roku Heineman, nazywając je „mobbingiem” i odnosząc je do ataku grupy na jednostkę, która niszczyła dotychczasowe (akceptowane przez daną grupę) normy. Późniejsze prace odnosiły termin bullying do działań wobec „ofiary” zarówno ze strony grupy, jak i indywidualnej osoby¹⁹.

Zgodnie z niektórymi badaczami²⁰, za najważniejsze w strukturze definicji bullyingu przyjmuje się intencje agresora oraz poczucie winy ofiary. Sądzę jednak, że kluczową rolę odgrywa grupa – widzowie zdarzenia, których obecność warunkuje doznanie satysfakcji przez agresora i poczucie poniżenia u ofiary.

Podobnie Herbert (zob. Deater-Decker K.²¹) odnosił termin bullying do przypadków zniewalania, wymuszania, fizycznego lub psychicznego zastraszania i wskazywał na istotną rolę stałego cierpienia (distresu) wynikającego u ofiary bullyingu z trwałego odczuwania samotności, potępienia i odrzucenia przez grupę.

Głęboki ból i cierpienie towarzyszą dzieciom narażonym na znęcanie się już od najmłodszych klas szkół podstawowych. Zachowania agresywne znajdują naśladowców wśród coraz to młodszych. Bullying można zaobserwować nawet wśród 6–7-letnich dzieci. Odnosi się to do obu płci, choć czasem bullying wśród dziewczynek wyraża się bardziej przez zastraszanie psychiczne aniżeli fizyczne. Przyjmuje się, że źródłem zachowań agresywnych wśród dziewcząt mogą być potrzeby afiliacyjne w grupie, podczas gdy bullying wśród chłopców wydaje się częścią relacji społecznych opartych na sile i dominacji²².

Wcześniejsze opisy zjawiska bullyingu odnoszą się do aktywności międzyuczniowskiej. Jednakże od późnych lat 80. bada się też zachowania agresywne typu bullyingu w innych relacjach interpersonalnych szkoły. W badaniach bezpośrednich uczniowie jako swych prześladowców często wskazywali na nauczycieli (w 10%). I odwrotnie: są nauczyciele, czujący się prześladowanymi przez uczniów²³.

¹⁹ D. Olweus, *Stability of aggressive reaction patterns in males: a review*, Psychol. Bull. 1979, Jul, 86, 4, 852-875.

²⁰ D. Hawker, M. Boulton, *Twenty years' research on peer victimisation and psychosocial maladjustment: a meta-analytic review of cross-sectional studies I*, J. Child Psychol. Psychiatry 2000, 42, 4, 441-455.

²¹ K. Deater-Decker, *Recent research examining the role of peer relations in the development of psychopathology*, J. Child Psychol. Psychiatry 2001, 42, 5, 565-580.

²² D. Wolke, S. Woods, L. Bloomfield, L. Karstadt, *The association between direct and relational bullying and behavioral problems among primary school children*, J. Child Psychol. Psychiatry 2000, Nov, 41, 8, 989-1002.

²³ P.K. Smith, H. Cowie, R.F. Olafsson, A.P. Liefoghe, A. Almeida, A. Araki, C. del Barrio, A. Costabile, B. Dekleva, A. Houndoumadi, K. Kim, R. P. Olafsson, R. Ortega, J. Pain, L. Pateraki, M. Schafer, M. Singer, A. Smorti, Y. Toda, H. Tomasson, Z. Wenxin, *Definitions of bullying: a comparison of terms used, and age and gender differences, in a fourteen-country international comparison*, Child Dev. 2002, Jul-Aug, 73, 4, 1119-1133.

Ten właśnie aspekt bullyingu, znęcanie się uczniów nad bezradnym nauczycielem, w ostatnim okresie szczególnie wzburzył polskie społeczeństwo, nie tylko przecież samych pedagogów. Tu bowiem bullying dotyka już nie tylko praw właściwych każdemu człowiekowi – prawa do godności bez poniżania, do życia bez lęku, do akceptacji grupy bez odrzucenia i samotności – lecz narusza podstawowe normy konstytuujące strukturę społeczną. Łamie kulturowe i formalno-instytucjonalne tabu szacunku dla autorytetu, dystansu wobec starszeństwa, wieku i pozycji.

Z pewnym sarkastycznym smutkiem możnaby stwierdzić, że dorośli (a w tym i pedagodzy) nie dostrzegali okrucieństwa przemocy i cierpień doświadczanych w jej konsekwencji, gdy dotyczyła ona relacji między uczniami. Dopiero przekroczenie granic międzygeneracyjnych uzmysłowiło stopień zagrożenia bullyingiem i uruchomiło solidarność pokoleniową i korporacyjną.

Ocena rozpowszechnienia zjawiska bullyingu zależna jest od przyjętych kryteriów klasyfikacyjnych. W szerszym rozumieniu włączającym wszystkie agresywne zachowania jednostki bądź grupy wobec ofiary zalicza się od 9% do 54% uczniów odczuwających taką formę przemocy²⁴.

W badaniach polskich²⁵ kohorty 6383 uczniów w wieku 11, 13 i 15 lat wykazano, że 20% spośród nich było uczestnikami tej formy przemocy: 10% jako sprawcy, 8% jako ofiary, a 2% odgrywało naprzemiennie obie role. W badaniach toruńskich²⁶ z 2005 roku wśród uczniów ujawniono znacznie wyższe częstotliwości bullyingu. Aż 32% spośród nich było zaangażowanych w zachowania związane z przemocą (jeden do trzech razy w miesiącu), z czego wśród chłopców połowa (!), a wśród dziewcząt 17,5% uczennic. Taka wysoka częstotliwość bullyingu wydaje się najbardziej charakterystyczna dla gimnazjów, gdzie przeprowadzono powyższe badania. Uderzającym wynikiem badania było ujawnienie przekonań uczniów, że zachowania takie nie spotykały się z jakąkolwiek reakcją ze strony nauczycieli i były zupełnie poza ich wiedzą. Jedynie 27% uczniów uważało, że o roli sprawcy bullyingu lub o prześladowaniu ich dziecka wiedzą ich rodzice.

Nie jest łatwo określić poziom rozpowszechnienia, typy i czas trwania bullyingu, nawet posiadając odpowiednie środki finansowe i przygotowanie badawcze. W Skandynawii np. rzetelne badania rozpowszechnienia tego zjawie-

²⁴ Ibid.: P. Due, B. E. Holstein, J. Lynch et al., 2005.

²⁵ J. Mazur, A. Małkowska, *Sprawcy i ofiary przemocy wśród uczniów w Polsce*, Med. Wieku Rozwoj. 2003, Stycz.–Luty, 7, 1, cz. II, 121–134.

²⁶ M. Dąbkowski, *Psychospołeczny kontekst przemocy rówieśniczej (bullyingu) wśród uczniów*, XLII Zjazd Psychiatrów Polskich, Szczecin 14–16 czerwca 2007, Streszczenia prac. Psychiatr. Polska, 2007, t. XLI, 3, Supl., 30.

ska wskazują na znaczne zróżnicowanie jego zakresu – z powodu prześladowań rówieśniczych cierpi tam od 9 do 25% uczniów²⁷.

Odpowiednio przygotowane badania angielskie donoszą o podobnym rozpowszechnieniu (średnio 23% uczniów tamtejszych szkół podstawowych doświadczyło bullyingu)²⁸.

W przesiewowym sondażu ulicznym w Warszawie ujawniono, że 3 spośród 4 uczniów szkoły podstawowej nie czuje się bezpiecznie w szkole z powodu prześladowania lub poniżania²⁹. Z drugiej strony, aż 30% spośród 14–16-letnich dziewcząt twierdzi, że najlepszą formą powstrzymania agresji i prześladowania jest bójka. I aż 60% tychże warszawskich dziewcząt sądzi, że istnieją w życiu szkolnym takie sytuacje, gdzie konieczne jest okazanie bezpośredniej agresji.

Skala rozpowszechnienia bullyingu nie pozwala pozostawać obojętnym wobec cierpień, jakie są z nim związane.

Niezależnie bowiem od wzmożonego zwiększenia się przejawów złego przystosowania społecznego ofiar i sprawców bullyingu – nieobecności w szkole (wagary, „fobia szkolna”), gorszych wyników w nauce, zaburzeń zachowania i częściej przejawianej agresji w zróżnicowanych sytuacjach społecznych – zawsze dominuje wśród nich podmiotowe doświadczane cierpienie: niska samoocena, depresje, zaburzenia emocjonalne i lęk³⁰.

Wśród ofiar bullyingu zdecydowanie częściej pojawiają się próby samobójcze, zaburzenia psychiczne, zaburzenia rzekomosomatyczne, zaburzenia snu, lęki nocne, moczenie nocne³¹.

Znamiennie podwyższone wskaźniki klinicznych cech depresji i zaburzeń lękowych wśród ofiar bullyingu wydają się powiązane jednoznacznym związkiem przyczynowo-skutkowym z bullyingiem. Prześladowanie i agresja wobec ofiary wywołuje powyższe zaburzenia psychiczne, nie są one zaś przyczyną prześladowania³². Co więcej, sytuacja przetrwałej ekspozycji na przemoc rówieśniczą, a w konsekwencji na przewlekły distress związany z cierpieniem – odrzuceniem społecznym, negacją swej wartości – skutkuje odległą, nawet

²⁷ R. Kaltiala-Heino, M. Rimela, P. Rantanen, A. Rimpela, *Bullying at school an indicator of adolescents at risk for mental disorders*. J. Adolesc. 2000, Dec, 23, 6, 661–674.

²⁸ M. G. Borg, *The extend and nature of bullying among primary and secondary school children*, Educational Res. 1999, 41, 137–153.

²⁹ M. Dąbkowski, *The bullying – its nature, incidence and impact on general health condition in secondary school students in Poland*, w: *III Międzynarodowy Kongress „Młode pokolenie XXI wieku: aktualnyje problemy socialno-psychologiczieskiego zdorowia”*, Kazan, 23–26 maja 2006, Izdatielsko-poligraficzieskij centr „Globus”, Moskwa 2006, 77–79.

³⁰ T.R. Nansel, M.D. Overpeck, D.L. Haynie, W.J. Ruan, P.C. Scheidt, *Relationships between bullying and violence among US youth*, Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2003, Apr, 157, 4, 348–353.

³¹ S. Sharp, *How much does bullying hurt? The effects of bullying on the personal well being and educational progress of secondary aged students*, Educational Child Psychol. 1995, 12, 2, 81–88.

³² K. Rigby: *Consequences of bullying in schools*, Can. J. Psychiatry. 2003, 48, 9, 583–590.

po wielu latach istotnie zwiększoną podatnością na zaburzenia psychiczne³³, zwiększa też ryzyko niedostosowania społecznego w wieku dorosłym (np. ryzyko długotrwałego bezrobocia)³⁴.

U sprawców przemocy również potwierdzono wyższy poziom depresji i lęku, ale zwłaszcza wskazuje się na uogólnione wzorce zachowań antyspołecznych, porzucanie szkoły i kradzieże, bójki z użyciem niebezpiecznych narzędzi i broni, intensywne nadużywanie alkoholu i tytoniu, a w odległej przyszłości większe prawdopodobieństwo przestępstw, w tym poważnych i ciężkich zbrodni³⁵.

Szczególnie obciążoną grupą negatywnymi psychicznymi następstwami bullyingu są dzieci prześladowane, a jednocześnie prześladowujące innych (tzw. ofiary/sprawcy). Taka grupa stanowi (wg większości badań epidemiologicznych) od 1/3 do 1/6 wszystkich osób włączonych w zachowania przemocowe³⁶. Ich szczególna konfiguracja pozycji społecznej powoduje, że mają oni wyraźnie więcej problemów w relacjach rówieśniczych, więcej myśli i prób samobójczych, ujawniają też głębsze problemy w funkcjonowaniu szkolnym i mają cięższe formy zaburzeń zachowania³⁷.

Niewątpliwie powszechną cechą, obecną niemal zawsze wśród ofiar, ale również i wśród prześladowców – jest ich niska samoocena. Wiele spośród prześladowanych dzieci sądzi, że zasłużyło sobie na te cierpienia. Ten brak dobrego zdania ofiary o sobie jest jednocześnie postrzegany jako czynnik prowokujący prześladowanie.

Podstawowym, oczywistym źródłem cierpienia prześladowanej ofiary jest doznawanie bezpośredniego fizycznego lub psychicznego zagrożenia – pobicie, odebraniem ważnych wartości rzeczowych bądź niematerialnych jak godność, szacunek.

Jednakże przewlekłe uczucie cierpienia u ofiary bullyingu wywołane jest bardziej destrukcyjnymi stanami emocjonalnymi. To trwałe uczucie krzywdy, poniżenia, niemożność przywrócenia odebranej publicznie godności – i wynikająca z tego świadomość bezradności. Towarzyszą temu poczucie os-

³³ K. Kumpulainen, E. Rasanen, *Children involved in bullying at elementary school age: their psychiatric symptoms and deviance in adolescence. An epidemiological sample*, Child Abuse Negl. 2000, Dec, 24, 12, 1567–1577.

³⁴ L.M. Varhama, K. Bjorkqvist, *Relation between school bullying during adolescence and subsequent long-term unemployment in adulthood in a Finnish sample*, Psychol. Rep. 2005, Apr, 96, 2, 269–272.

³⁵ M.F. van der Wal, C.A. de Wit, R.A. Hirasing, *Psychosocial health among young victims and offenders of direct and indirect bullying*, Pediatrics. 2003, 111, 5, 1212–1217.

³⁶ J.A. Dake, J.H. Price, S.K. Telljohann, *The nature and extent of bullying at school*. J. Sch. Health. 2003, May, 73, 5, 173–180.

³⁷ J. Juvonen, S. Graham, M.A. Schuster, *Bullying among young adolescents: the Strong, the Weak and the Troubled*, Pediatrics. 2003, 112, 6, 1231–1237.

motnienia i braku wsparcia ze strony grupy. Ten stan beznadziejnej, nie do uniknięcia złej sytuacji dramatycznie odciska się na rozwoju psychicznym.

Skutkuje to zaburzeniem procesu socjalizacji, poczuciem odrzucenia społecznego oraz wywołuje stałe uczucie samotności, niechęci do siebie³⁸.

Szczególną rolę w zrozumieniu mechanizmów bullyingu ma problem wsparcia.

Ofiarą prześladowania może stać się każdy, jeśli tylko prześladowca jest wystarczająco silny. Lecz prześladowca staje się silny wtedy, gdy brak jest wzajemnych pomocnych związków (przyjaźni, solidarności koleżeńskiej, „dobrego” autorytetu) wspierających osobę prześladowaną. Prześladowca staje się silny także wówczas, gdy to on doznaje wsparcia od grupy: podziwu, akceptacji lub choćby milczącego przyzwolenia.

Taki mechanizm przemocy rówieśniczej wskazuje na istotną rolę szkoły w redukowaniu nasilenia tego zjawiska.

Większość incydentów przemocy, o jakiej wiedzą uczniowie, zachodzi bez wiedzy nauczycieli. To jest problemem grupy, jej sekretem – często wywołującym wśród nich poczucie winy³⁹.

Ten brak świadomości nauczycieli, co naprawdę dzieje się w grupie klasowej; nieumiejętność dostrzegania cierpienia u swych uczniów, odczytywania mniej lub bardziej czytelnych sygnałów o prześladowaniu „kozła ofiarnego” przez rówieśników – jest miarą ich braku zaangażowania w swą pracę.

Niestety, zdarza się i tak, że brak kontradziania ze strony pedagoga jest wynikiem poddania się zasadom „gry”, proponowanej przez prześladowcę pod hasłem: „my się tylko bawimy”. U podłoża takiej pozornie naiwnej akceptacji przez nauczyciela obłudnego tłumaczenia prześladowania tkwi często jego własna niska samoocena i lęk.

Z drugiej strony w wielu szkołach pokutują ambiwalentne postawy wobec siły i „męskości”. Ethos silnego „macho” promowany zarówno wśród uczniów, jak i pedagogów staje się żyzną glebą dla rozwoju kwitnących form prześladowań rówieśniczych⁴⁰.

Zaniedbywana jest przez to realizacja zadań pozaedukacyjnych szkoły, przekazywania właściwych wzorców wychowawczych, kształtowania dojrzałych postaw. Spełnienie tych postulatów nakłada jednak na nauczycieli obo-

³⁸ K. Kumpulainen, E. Rasanen, I. Henttonen, F. Almquist, F. Kresanov, S. L. Linna, I. Moilanen, J. Piha, K. Puura, T. Tamminen, *Bullying and psychiatric symptoms among elementary school-aged children*, Child Abuse Negl. 1998, Jul, 22, 7, 705–717.

³⁹ A. Wilkins-Shurmer, M.J.O’Callaghan, J.M. Najman, W. Bor, G.M. Williams, M.J. Anderson, *Association of bullying with adolescent health-related quality of life*, J. Paediatr. Child Health. 2003, Aug, 39, 6, 436–441.

⁴⁰ P. Casdagli, F. Gobey, C. Griffin, *Only playing, Miss!*, Trentham Books, London 1990.

wiązek kształtowania odpowiednio własnych postaw i podążania ku kongruencji opisywanej przez Rogersa⁴¹.

Wykazano wyraźnie, że najbardziej skuteczną polityką szkoły w zapobieganiu bullingowi jest ujawnianie tych faktów, z jednoczesnym silnym wsparciem ich ofiar przez nauczycieli – wzorców klarownej jednoznacznej postawy etycznej⁴².

Nie jest to zadanie łatwe.

Działania prześladowcy zmierzają do tego, by zbliżyć się do swej ofiary. Mieć z nią bezpośredni, wręcz intymny kontakt. Czuć jej słabość i lęk. Im bliższy staje się ten związek, tym staje się on bardziej niebezpieczny i trudniejszy do przerwania. Jednym z powodów, dla których ofiara unika ujawnienia swego prześladowania rodzicom, przyjaciołom lub nauczycielom, jest ich głęboko prywatny, osobisty charakter.

Nasilenie prześladowania powoduje przeświadczenie u ofiary, że coś złego jest z nią, tak złego, że aż wstyd jest się jej przyznać do tego.

Niekorzystne następstwa zjawiska bullingowi odnoszą się nie tylko do samych ofiar bezpośredniej agresji, lecz dotyczą też innych dzieci, które są milczącymi świadkami przemocy, nierzadko zmuszanymi do przyglądania się aktom znęcania się. Szczególnie zagrożeni wystąpieniem trwałego distressu są uczniowie szkół z internatem, pozbawieni emocjonalnego i realnego wsparcia przeciw agresorowi ze strony domu rodzinnego⁴³.

Wiele spośród dzieci – świadków przemocy wobec ich rówieśnika cierpi z powodu swego milczenia i pozornie przyzwalającej postawy, inni boją się, że będą następną ofiarą.

Większość spośród nich zadaje sobie pytanie, „czy ja też biorę w tym udział?”

Powstrzymanie się od szukania pomocy dla prześladowanego kolegi, każdy brak bezpośredniej reakcji w jego obronie i blokowanie uczuć współczucia i solidarności stają się potwierdzeniem współudziału w prześladowaniu.

Powstrzymanie się od działania jest więc wsparciem dla prześladowcy. A przy tym „powstrzymanie się od działania” jest w rzeczywistości aktywnym procesem wytłumienia w sobie lęku, wrażliwości i współczucia. Wymaga odrzucenia negatywnych emocji i „miękkości” na rzecz „bycia twardym”.

Ten zaś mechanizm zbliża świadka przemocy do samego prześladowcy⁴⁴.

⁴¹ European Network of Health Promoting Schools, *Models of Health Promoting Schools in Europe*. I. P. C. European Network of Health Promoting Schools, WHO, Copenhagen 2002.

⁴² J. B. Pearce, *What can be done about the bully?*, w: M. Elliot (red.), *Bullying: a practical approach to coping for schools*, Harlow, Longman 1991, 70–89.

⁴³ L. Bond, J.B. Carlin, L. Thomas, K. Rubin, G. Patton, *Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers*, Br. Med. J. 2001, Sep, 1, 323, 7311, 480–484.

⁴⁴ S.W. Twemlow, P. Fonagy, F.C. Sacco, *The role of the bystander in the social architecture of bullying and violence in schools and communities*, Ann. N. Y. Acad. Sci. 2004, 1036, 215–232.

Nasilenie i wielowymiarowe destrukcyjne następstwa „bullingingu” wymuszają podjęcie skutecznego działania. Ponieważ zjawisko to ma charakter uniwersalny, można odwołać się do doświadczeń różnych krajów.

W USA wprowadzono od ponad 15 lat program „Bezpiecznej szkoły”, implementuje się też zasady strategii „zero tolerancji” wobec przemocy i zachowań bezprawnych. Obejmują one stałe patrole policyjne i strażników miejskich na ulicach około szkoły, szkolenia nauczycieli; treningi i warsztaty dla uczniów, jak szukać pomocy oraz wykłady i szkolenia rodziców⁴⁵.

Obok szkolenia nauczycieli, by nie ignorować najmniejszych oznak przemocy wśród uczniów, wprowadza się w szkole organizacyjne zmiany systemowe, by opiekun był stale obecny wszędzie tam, gdzie potencjalnie może ujawnić się agresja.

Szkoli się również rodziców, wskazując na konieczność dawania swym dzieciom jednoznacznego i bezwarunkowego wsparcia poprzez m.in. uważne słuchanie, powstrzymanie się od krytyki niektórych ich zachowań; zaleca się uważną obserwację dzieci, by nie przeoczyć objawów niezwerbalizowanego lęku mogącego być następstwem zastraszenia; uczy się rodziców efektywnych sposobów komunikowania się z władzami szkoły, policją, by skłaniać ich do działań w pożądanym kierunku.

Wśród uczniów rozpoczynających naukę w szkole przeprowadza się warsztaty, omawiające osobowościowe i społeczne źródła zachowań agresywnych, uczące asertywnych sposobów rozwiązywania sytuacji związanych z przemocą, wprowadzające tematykę, jak szukać pomocy u nauczycieli i rodziców oraz co robić z lękiem prześladowanego ucznia przed kontaktem z nauczycielem (lęku przed etykietą „donosiciela”)⁴⁶.

Tam, gdzie obecność agresji jest usprawiedliwiona, np. w sytuacji współzawodnictwa – dzieci są uczone zastępczych, sublimowanych sposobów ich ujawniania. Zamiast przemocy jako utrwalonego mechanizmu radzenia sobie dla osiągnięcia poczucie znaczenia i siły, dominacji i akceptacji ze strony przyjaciół – proponuje się inne, asertywne sposoby osiągania należnych praw.

Wszystkie te działania mają na celu „odsłonięcie” problemu, uczynienie go jawnym. Daje to uczniom szansę łatwiejszego kontaktu z nauczycielem i znalezienia pomocy, a prześladowcom zmniejsza poczucie bezkarności⁴⁷. Podobne programy prewencyjne, obejmujące szerokie oddziaływania społeczne, edukacyjne, ale też nacelowane na rodziny dzieci i młodzieży zagrożonych bullingiem, ich grupy klasowe i rówieśnicze, oraz samych zainteresowanych

⁴⁵ J. A. Dake, J.H. Price, S.K. Telljohann, J.B. Funk, *Principals' perception and practices of school bullying prevention activities*, Health Educ. Behav. 2004, Jun., 1, 31, 3, 372–387.

⁴⁶ J.M. Bollmer, R. Milich, M.J. Harris, M.A. Maras, *A friend is need: the role of friendship quality as a protective factor in peer victimization and bullying*, J. Interpers. Violence. 2005, Jun., 20, 6, 701–712.

⁴⁷ D. L. Espelage, S. M. Swearer, *Bullying in American schools: a social-ecological perspective on prevention and intervention*, Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum 2003.

wprowadzono w większości krajów tzw. kultury zachodniej (kraje europejskie, Kanada, Australia, Japonia, Republika Korei)⁴⁸.

Również w Polsce wprowadzano elementy tego programu, podobnie jak programu „Crime stoppers” (Zatrzymać przemoc). W jednym z miast centralnej Polski włączono do radykalniejszych działań Policję. Utworzono specjalne Biuro ds. Nastolatków, gdzie prowadzono prewencyjne rozmowy psychologiczne. Wszyscy młodzi ludzie, poniżej 18 roku życia, zatrzymani na ulicach pomiędzy 23 a 6 rano bez dorosłej osoby towarzyszącej byli zapraszani wraz z rodzicami na rozmowy psychologiczne z późniejszą ich kontynuacją w razie potrzeby.

Program ten wywołał znaczne kontrowersje. Przez publikatory i na forach internetowych przetoczyły się dyskusje – wskazywano na brak respektowania wolności osobistej młodzieży i praw człowieka przez ograniczenie swobody poruszania się nocą w mieście. Podnoszono też niedopuszczalność administracyjno-policyjnej ingerencji w kompetencje praw rodzicielskich.

Innym przejawem rosnącego zaniepokojenia społecznego w Polsce nasileniem aktów przemocy rówieśniczej było skazanie w ostatnich latach żołnierzy, a nawet uczniów licealnych, na kary pozbawienia bądź ograniczenia wolności z powodu znęcania się nad rówieśnikami. Wcześniej nie dochodziło do takich następstw karnych. Już to samo wywołało zróżnicowane komentarze, choć dostrzega się znaczenie nieuchronności kary dla ograniczania zjawiska bullingingu.

Wydaje się, że kontrowersje te odzwierciedlają typową antynomię: indywidualne, osobiste poczucie bycia wolnym a społeczne, grupowe poczucie bezpieczeństwa.

Co winno mieć pierwszeństwo?

Nie można dziś uciekać przed rozwiązaniem tego dylematu.

Etyczne rozwiązanie tego problemu proponuje Tadeusz Ślipko SI, stojąc na gruncie empirycznej filozofii tomistycznej. W swej *Etyce społecznej*⁴⁹ wprowadza koncepcję „koordynacji aksjologicznego zakresu wartości moralnych”, opartą na założeniu harmonijnej koordynacji wartości i ich hierarchizacji. Pozwala to na obronę istotnych przymiotów aksjologicznych zagrożonych ze strony agresora, nawet gdy ten posługuje się innymi ważnymi wartościami. Nawet bowiem absolutne wartości moralne są w takiej wzajemnej relacji (przyporządkowaniu), iż pozwalają na rozwiązanie dylematu antynomicznego, nie opuszczając zdefiniowanego obszaru aksjologicznego. Tak więc np. zasada lojalności wewnątrzgrupowej *versus* niezgoda na znęcanie się mo-

⁴⁸ P.K. Smith, Y. Morita, J. Junger-Tas (red.), *The nature of school bullying: a cross-national perspective*, Routledge, London 1999.

⁴⁹ T. Ślipko, *Zarys etyki szczegółowej*, t. II: *Etyka społeczna*, WAM, Kraków 2005.

że mieć tzw. „ograniczony zakres aksjologiczny” i będąc „wewnętrznie złą restryktywnie”, winna ustąpić innej, wyższej od niej wartości absolutnej.

Inne rozwiązanie, choć w swej pragmatyce bardzo zbliżone, również na gruncie etyki społecznej odwołujące się do wartości, ukazało się w dramatycznym apelu ośmiu francuskich wybitnych intelektualistów, znanych ze swych lewicowych poglądów⁵⁰.

Dziesięć lat temu w „Le Monde” Regis Debray, Paul Thibaud i inni, widząc eskalację zachowań przemocowych wśród młodzieży i nabrzmiewający problem braku społeczno-kulturowych mechanizmów radzenia sobie z ich konsekwencjami, ostrzegali przed możliwą anarchistyczną zapaścią państwa, bądź przed równie możliwą jego faszyzacją, za zgodą zdesperowanych obywateli. Nawoływali więc do odpowiedzialności. Odpowiedzialności poprzez ściśle przestrzeganie prawa, które winno być równie ściśle respektowane przez wszystkich, dorosłych, młodzież i dzieci, również na terenie szkoły; odpowiedzialności dorosłych we wzmacnianiu słabych i poniżanych grup i jednostek; odpowiedzialności nałożonej na uczniów przez wdrożenie autentycznej dyscypliny w szkole. I wreszcie nawoływali do odpowiedzialności samej młodzieży, oczekując wobec tych z nich, którzy wykraczają poza normy prawne egzekwowania nieuniknionej kary i proponując obniżenie wieku odpowiedzialności karnej.

Apel ten wywołał żywą dyskusję. Dziś, po 10 latach i nowych, niestety negatywnych doświadczeniach można jedynie podkreślić jego niezmienną aktualność.

Jedna sprawa, jak się zdaje, łączy wszystkich, zainteresowanych szkołą i wychowaniem uczniów. Dzieci, rodzice i nauczyciele mają prawo do życia bez lęku w swej szkole. I to do szkoły należy obowiązek przedsięwzięcia takich działań, by razem z innymi instytucjami społecznymi stworzyć środowisko, w którym wszyscy czują się wartościowi i bezpieczni.

[Le Monde, 1998, 4 Sep.]

Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błeszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Justyna Ziółkowska

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej
Wydział Zamiejscowy we Wrocławiu

PRZESTRZEŃ DLA CIERPIENIA PACJENTA W TRAKCIE PIERWSZEGO WYWIADU PSYCHIATRYCZNEGO

Wprowadzenie

W tym rozdziale interesuje mnie, jakie możliwości dla wyrażania przez pacjentów ich cierpienia stwarzają pytania zadawane przez lekarzy w trakcie pierwszego spotkania z pacjentami. Do tej pory prace, które podejmowały temat cierpienia w opiece psychiatrycznej, pojawiały się sporadycznie i w większości przypadków odnosiły się do opieki pielęgniarskiej (np. Fredriksson & Lindström 2002; Fredriksson 1998). Opisywana była w nich terapeutyczna wartość rozmów o cierpieniu pacjentów (Candib 2002; Fredriksson & Lindström 2002; Canales 1997) jak i proponowane były sposoby pracy z cierpiącymi pacjentami (Morse 2000). Mnie natomiast, biorąc pod uwagę terapeutyczną, a przede wszystkim diagnostyczną wartość wejścia w podmiotowe przeżycia pacjentów (Mackinnon, Michels & Buckley 2006; Pridmore 2000; Canales 1997; Fredriksson & Eriksson 2001), interesuje, jak przestrzenią dla cierpienia pacjentów w trakcie pierwszych rozmów zarządzają lekarze.

Dane, na których oparę rozdział, to 13 wywiadów psychiatrycznych nagranych w trzech szpitalach psychiatrycznych w Polsce. Są to pierwsze wywiady lekarzy z pacjentami po przyjęciu na oddział szpitalny. Każdy z tych wywiadów był również pierwszym spotkaniem poszczególnych psychiatrów

i pacjentów i jako badacz nie miałam wpływu na ich strukturę, formę czy zawartość. Wstępną diagnozą nagrywanych pacjentów był epizod depresyjny (F.32.0-1–F.33.0-1). Psychiatrzy natomiast byli rezydentami w trakcie specjalizacji z psychiatrii¹.

Przyjmując założenia społecznego konstrukcjonizmu (Berger & Luckmann 1966; Burr 2003) o konstytucyjnej wobec rzeczywistości naturze wywiadów (Holstein & Gubrium 1995: 4; zob. również: Atkinson 1998; Bavelas, Coates & Johnson 2000; Mishler 1986), rozważania oprę na koncepcji pozycjonowania (Langenhove & Harré, 1999), która, skupiając się na dynamicznych i negocjowalnych aspektach interakcji, pozwoli mi zanalizować konstruowaną werbalnie przestrzeń dla cierpienia pacjentów w zebranych danych.

Pozycjonowanie

Koncepcja pozycjonowania, przeciwstawiana koncepcji roli społecznej jako narzędzia do analizy interakcji społecznych (Harré & Slocum 2003), przyjmuje dynamiczne i płynne pojęcie tożsamości na bieżąco konstruowanych w interakcjach (Davies & Harré 1990; Langenhove & Harré 1999). Autorzy koncepcji dzielą zachowania na logicznie prawdopodobne i te, które są społecznie możliwe dla określonego aktora w określonym kontekście. Repertuar potencjalnych aktów komunikacyjno-behawioralnych wyznaczany jest bieżącą pozycją aktora.

Pozycja jest definiowana jako układ praw i obowiązków, które ograniczają możliwe działania podejmowane przez jednostkę w ramach określonej interakcji (Davies & Harré 1990). Pozycja implicytnie wyznacza, co z repertuaru logicznie prawdopodobnych zachowań dla określonej osoby może zostać zrealizowane w określonym kontekście, włączając w owy kontekst innych ludzi (Harré & Moghaddam 2003). Dla przykładu, pozycja pielęgniarki pozwala pielęgniarkom dotykać genitalia pacjentów przebywających w łózkach bez konotacji seksualnych, jednak taki akt wobec pacjentów spacerujących po oddziale zmieniłby jego znaczenie.

Przyjmując określoną pozycję, jednostka nieodwołalnie widzi świat z perspektywy wyznaczonej tą pozycją, w sensie specyficznych metafor, obrazów, opowieści, pojęć, które stają się relewantne w kontekście bieżącej praktyki dyskursywnej (Harré & Slocum 2003). Wpływając na repertuar możliwych aktów komunikacyjnych i behawioralnych, pozycjonowanie staje się proce-

¹ Dane zebrane były między wrześniem 2005 a wrześniem 2006. Zarówno lekarze, jak i pacjenci wyrazili zgodę na nagranie i analizę dyskursywną wywiadów.

Wcześniej uzyskałam zgodę ordynatorów na prowadzenie badań i rejestrację poszczególnych wywiadów. Wszystkie wywiady zostały spisane i poddane analizie dyskursywnej.

sem, poprzez który uczestnicy konwersacji negocjują znaczenia odnośnie siebie i świata (Langenhove & Harré 1999). Jak podkreślają autorzy koncepcji, przyjmując określoną pozycję, równocześnie pozycjonujemy naszego rozmówcę. I odwrotnie, pozycjonując rozmówcę, nieuchronnie ustalamy własną pozycję (Langenhove & Harré 1999).

Również w ramach wywiadu psychiatrycznego odbywa się nieustanny proces ustalania pozycji, które determinują określone możliwości komunikacyjne. Ze względu na wiodącą rolę lekarza w rozmowie z pacjentem (Frankel 1990; ten Have 1991) inicjującą rolę w pozycjonowaniu ma lekarz. Zadając pytanie narzuca on pacjentowi pozycję, która wymaga spojrzenia na własne cierpienie z określonej perspektywy. Pacjent może ową pozycję przyjąć lub odrzucić w swojej wypowiedzi, to jednak może być ponownie negocjowane przez lekarza.

Pozycjonowanie w pytaniach lekarzy

Pytania lekarzy w nagranych wywiadach psychiatrycznych można podzielić na trzy kategorie reprezentujące trzy pozycje². Są to: pozycja doświadczającego narratora, pozycja świadka i pozycja oceniającego obserwatora. Parafrazując Davisa i Harré (1990) można powiedzieć, że każda z tych pozycji ustawia pacjenta w innej perspektywie wobec swojej osoby i w ten sposób wymaga innego spojrzenia na własne cierpienie. Przedstawię je w kolejnych sekcjach.

Pacjent jako doświadczający narrator

Pozycja doświadczającego narratora to pozycja, która konstruuje pacjenta jako doświadczający podmiot. Przedmiotem pytań lekarzy w tej pozycji jest pacjent, jego doświadczenia, przeżycia, czy ogólnie mówiąc – jego cierpienie. Poniżej przedstawiam wszystkie przykłady z tej kategorii w nagranych wywiadach:

przykład 1.

L_GH: a jak się pan czuje podczas tej rozmowy ze mną teraz?

² Z analiz wyłączone zostały pytania klaryfikujące oraz pytania odnoszące się do biograficznych danych pacjentów.

przykład 2.

L_FB: proszę jeszcze opisać te uczucia, które w tej chwili są w pani, oprócz tego smutku.

przykład 3.

L_LM: może mi pani opisać, co takiego się dzieje, czy to taki smutek czy...

przykład 4.

L_AW: a proszę mi powiedzieć, jak pani sama znosi tę swoją chorobę/ten swój nastrój teraz? Ten swój stan?

przykład 5.

L_AW: o czym pan rozmyśla w takim razie, jak nie podejmuje pan żadnej aktywności. Nie śpi pan, tylko leży pan w łóżku, o czym pan rozmyśla? Co wypełnia pana umysł?

przykład 6.

L_AW: a jak pan to odebrał, kiedy powiedział panu lekarz, no weź się idź powieś?

Aby odpowiedzieć na powyższe pytania, pacjent musi przyjąć perspektywę osoby, która przeżywa czy doświadcza pewnych stanów. Musi stanąć w pozycji osoby doznającej ich, tak jak to jest w powyższych przykładach, które podejmują temat aktualnych bądź przeszłych przeżyć pacjenta, a konkretnie jego uczuć (przykład 1, 2, 3), myśli (przykład 5), czy też podejścia do pewnych wydarzeń czy sytuacji (przykład 4 i 6).

Jeśli przyjmujemy, że cierpienie jest indywidualne (Khan & Steeves 1995), związane z doświadczeniami subiektywnie przeżywanymi (Leowy 1991), to doświadczający narrator jest pozycją, która konstruuje przestrzeń do jego wyrażania. Pacjent ma tu bowiem możliwość opowiedzenia o swoich doświadczeniach, uczuciach czy myślach. Mówiąc ogólnie, ma możliwość opowiedzenia o swoim przeżywanym cierpieniu.

Jednak pytania pozycjonujące pacjentów jako doświadczających narratorów pojawiają się w korpusie danych bardzo rzadko. Jest to mniej niż jedno pytanie w każdym z wywiadów. W przeważającej części pytania lekarzy wykorzystują pozycję świadka i pozycję oceniającego narratora, które w przeciwieństwie do doświadczającego narratora unikają perspektywy aktora, a co za tym idzie – uniemożliwiają opowiedzenie o doświadczanym cierpieniu.

Pacjent jako świadek

Pozycja świadka wymaga od pacjenta przyjęcia perspektywy osoby, która jest świadkiem wydarzeń swojego życia, a jej zadaniem jest zdanie relacji z tych wydarzeń. Pacjent opowiada tu o sobie z perspektywy osoby, która o swoich przeżyciach „wie”, a nie tylko ich „doświadcza”. Przykłady z tej kategorii są następujące:

przykład 7.

L_ZB: dobrze niech mi pani jeszcze powie, czy jakieś takie **jest** uczucie, na przykład że się pani ktoś przygląda czy chodzi za panią?

przykład 8.

L_LT: czy pojawiły się u pani kiedykolwiek takie myśli rezygnacyjne, że życie nie ma sensu? Czy nawet bym powiedziała samobójcze.

przykład 9.

L_FB: a zdarza się, że w trakcie wykonywania jakiejś czynności nie pamięta pani, co robi? albo dokąd idzie? albo po co na przykład?

Pacjent jest tu konstruowany jako osoba mająca dostęp do pewnych informacji ze swojego życia, którymi ma się podzielić z lekarzem. W pytaniu 7 ma zweryfikować, czy w odniesieniu do niego można mówić o uczuciu przyglądania się przez inne osoby czy podążania za nim, w pytaniu 8, czy pojawiły się myśli samobójcze, natomiast w pytaniu 9, jak funkcjonuje pamięć. Pomimo tego, że przedmiotem pytań są uczucia, myśli i zachowania są one oddzielone od doświadczających ich pacjentów, tak jakby istniały niezależnie od nich. W przykładzie 7 jest to osiągnięte poprzez zastosowanie czasownika „jest” wobec uczuć pacjentki. Pacjentka zostaje w ten sposób dyskursywnie oddzielona od swoich doświadczeń i narzucona jest jej pozycja świadka, który wie o uczuciach, a nie pozycja osoby, która ich doświadcza.

Choć w przykładach 7, 8 i 9 pozycja świadka jest realizowana poprzez pytania, które mają formę zamkniętą, świadek pojawia się również w pytaniach otwartych. Ilustruje to dobrze:

przykład 10.

L_FJ: a proszę mi powiedzieć, a to pogorszenie teraz, kiedy się rozpoczęło? Jak to wyglądało?

Pomimo tego, że powyższe pytanie konstruuje przestrzeń do opowiedzenia o wydarzeniu, to jednak pomija pacjenta, który jest aktorem tej sytuacji. Pacjent ma bowiem opowiedzieć o wydarzeniu, a nie o swoich przeżyciach z nim związanych. To wydarzenie jest podmiotem pytania, a nie doświadczający go pacjent.

Taka perspektywa na własne przeżycia nie daje pacjentowi sposobności do wyrażenia cierpienia spowodowanego chorobą. Będąc jedynie weryfikatorem informacji, pacjent może, co najwyżej, opowiedzieć o pewnych wydarzeniach, które lekarz może interpretować w kategoriach cierpienia. Nie ma jednak możliwości opowiedzenia o swoim cierpieniu związanym z owymi wydarzeniami.

Pacjent jako oceniający obserwator

Ostatnią wyróżnioną przeze mnie pozycją jest pozycja oceniającego obserwatora. Tak pozycjonowany pacjent ma ocenić swoje doświadczenia, a nie o nich opowiedzieć. Oceniający obserwator wymaga od pacjentów popatrzenia na swoje życie z perspektywy zewnętrznego obserwatora i ocenę tego, co jest widziane. W zebranych przeze mnie danych, ta ocena realizowana jest w dwojaki sposób, poprzez klasyfikację lub ocenę zmian.

Klasyfikacja

przykład 11.

L_PO: proszę panią; a pani się czuje bardziej smutna czy bardziej taka zubożniała? Jaki jest pani nastrój?

przykład 12.

L_FJ: a pani tak z natury, zanim zachorowała, to była osobą nerwową czy spokojną?

przykład 13.

L_GH: czuje się pani zmęczona bardziej rano czy bardziej wieczorem?

przykład 14.

L_ZB: a jak nastrój? jak by pani określiła teraz swój nastrój [...] jakimś takim słowem, które by najbardziej pani odpowiadało?

Pytania z tej kategorii nie wymagają od pacjentów opowiedzenia o sobie (przykład 12) czy o swoich doświadczeniach (przykład 11, 13, 14). Wymagają jedynie ich oceny. W przykładach 11, 12 i 13 zadanie pacjenta ogranicza się do zakwalifikowania siebie czy swoich doświadczeń do jednej z kategorii podanych przez psychiatrę. W pytaniu 14 psychiatra nie podaje opcji do wyboru, jednak pytanie w dalszym ciągu wymaga przyporządkowania uczuć do kategorii. Aby to zrobić, pacjent musi ocenić, która z kategorii/jaka kategoria trafnie opisuje jego doświadczenia. Taka ocena możliwa jest do przeprowadzenia jedynie z metapozycji zewnętrznego obserwatora bowiem, aby udzielić odpowiedzi, pacjent musi popatrzeć na siebie/ swoje życie z perspektywy zewnętrznego obserwatora i ocenić to, co widzi. Na przykład, aby odpowiedzieć na pytanie 11, pacjentka musi popatrzeć na swoje aktualne przeżycia i ocenić, czy więcej jest smutku, czy więcej zubożenia. Co istotne z punktu widzenia tego rozdziału, ta pozycja nie daje pacjentowi możliwości opowiedzenia, co czuje. Pacjent ma jedynie dokonać oceny swoich uczuć, przeżyć, czy myśli poprzez kwalifikację do wybranej kategorii.

Ocena zmian

Drugi typ pytań pozycjonujących pacjenta jako oceniającego obserwatora jest oparty na porównywaniu różnych okresów i ocenie zmian. Pacjenci proszeni są o ocenę różnicy swojej powiedzmy aktywności czy odczucia przyjemności w różnych okresach życia, zazwyczaj przed i po zachorowaniu. Ilustrują to poniższe przykłady.

przykład 15.

L_FJ: a tak żeby pani zauważyła na przykład zmiany, że dawniej mogła pani dużo w domu zrobić posprzątać ugotować, a żeby to się na przykład zmieniło, że się nie da.

przykład 16.

L_PK: bardziej się pani teraz tak ostatnio częściej martwi? czymś na przykład?

przykład 17.

L_SM: a czy ma pan takie wrażenie, że jest pan od pewnego czasu taki bardziej zmęczony niż zwykle?

Przykład 15 pochodzi z wywiadu z 75-letnią kobietą. Cytowane pytanie pojawiło się po uzyskaniu przez lekarza informacji o wyprowadzce córki

z mieszkania pacjentki i dotyczy życia pacjentki po tej zmianie. Jednak lekarka nie odnosi się w nim do tego, co pacjentka była/jest w stanie zrobić w domu. Pytanie dotyczy bowiem jedynie zmian w owym zakresie. Podobnie jak we wcześniejszym typie pozycji oceniającego obserwatora, aby odpowiedzieć na to pytanie, pacjentka musi „popatrzeć” na swoje życie w czasie, gdy mieszkała z córką i później, gdy mieszkała sama, porównać te okresy, a następnie ocenić, czy zaszła zmiana w zakresie porządków domowych. Podobnie w pozostałych przykładach, pacjenci nie są proszeni o opowiedzenie o swoich zmartwieniach (przykład 16) czy zmęczeniu (przykład 17), są jedynie proszeni o ocenę, czy coś się zmieniło w tych obszarach. Narzucona jest im w ten sposób perspektywa zewnętrznego obserwatora, który ma ocenić, czy zmiany zaszły we wskazanych obszarach życia.

Podobnie jak w przypadku świadka, pozycja oceniającego obserwatora nie daje przestrzeni do wyrażenia osobistego cierpienia, jednak tu inaczej niż w pozycji świadka wynika to z wymogu oceny doświadczeń. Pozycja oceniającego obserwatora zmusza bowiem pacjenta do oceny swoich doświadczeń, a nie do przedstawienia ich. Co więcej, w tym typie pozycji lekarze często pytają, czy pacjent „zauważył”, „ma wrażenie”, czy też „odczuł” zmianę. W ten sposób pytania przestają być pytaniami o zmiany, a stają się pytaniami o ich zauważanie, odczuwanie czy posiadanie wrażeń na ich temat. Odwoływanie się do procesów mentalnych pacjentów (Halliday & Hasan 1989) buduje natomiast kolejny poziom abstrakcji, bowiem pytania nie odnoszą się do doświadczeń pacjenta (poziom podstawowy – doświadczający narrator), nie pytają też o ich ocenę (poziom meta – oceniający obserwator), ale pytają o percepcję, wrażenia czy uczucia na temat oceny zmian (poziom meta meta). Taka konstrukcja podwójnie oddala lekarza od informacji na temat doświadczeń pacjenta, a pacjenta od narracji.

Przestrzeń dla cierpienia pacjenta

Narzucając odmienne perspektywy na życie/chorobę, wyróżnione pozycje dają inne dane na temat pacjentów. Pozycja świadka, skupiona na uzyskiwaniu informacji o charakterystycznych punktach życia pacjentów, pozwala na zbudowanie obrazu choroby/zycia pacjenta. Nie pozwala natomiast na poznanie tego, jak pacjent widzi siebie i swoje życie, czy też jakie znaczenia przypisuje poszczególnym wydarzeniom swojego życia. To z kolei umożliwiła pozycja doświadczającego narratora. Skierowana na poznanie doświadczeń pacjenta z perspektywy aktora opisywanych sytuacji pozwala na poznanie świata widzianego jego oczyma. Ostatnia z wyróżnionych pozycji, pozycja oceniającego obserwatora, dąży z kolei do uzyskania wiedzy

o doświadczeniach pacjenta jednak bez konieczności zagłębiania się w nie. Umożliwia to, charakterystyczne dla tej pozycji, skupianie się na ocenie doświadczeń, a nie na narracjach o nich.

Cierpienie, choć powszechne (Englebrecht 1989), opiera się na jednoznacznej definicji (Frank 2001; Rodgers & Cowles 1997). Nie ma jednak wątpliwości, że jest indywidualne (Khan & Steeves 1995) i doświadczane w subiektywny sposób (Loewy 1991; Ferrell 1990). Z tego względu, spośród opisywanych pozycji w pytaniach lekarzy jedynie pozycja doświadczającego narratora, skupiając się na subiektywnym świecie choroby/życia pacjenta, umożliwia jego wyrażenie. Pozycja zarówno świadka, jak i pozycja oceniającego obserwatora takiej możliwości już nie dają. Przyjmując zewnętrzną perspektywę wobec doświadczeń pacjenta, wyniki dają jedynie szansę na ocenę cierpienia (p. oceniającego obserwatora), ewentualnie pozwalają na narrację o pewnych sytuacjach związanych z cierpieniem (p. świadka w pytaniu otwartym).

Pozycje oceniającego obserwatora i świadka nie tylko jednak uniemożliwiają pacjentom opowiedzenie o swoim cierpieniu, ale dodatkowo mogą doprowadzić do błędnej diagnozy. Istnieje bowiem związek między dokonywaną oceną rzeczywistości a aktualnym stanem umysłowym (Forgas 2006; Moore & Isen 1990). Konsekwencją tego jest to, że w depresji ocena rzeczywistości staje się bardziej negatywna (Beck 1976; Beevers & Miller 2004). Tym samym wartość informacji uzyskanych za pomocą pozycji oceniającego obserwatora może być zniekształcona bieżącym samopoczuciem pacjentów. Dodatkowo, badania nad wpływem formy pytania na uzyskiwaną odpowiedź problematyzują konstrukcję pytań w tej pozycji. W jednych z takich badań Schuman i Presser (1981) zapytali rodziców „co jest najważniejsze w przygotowaniu dzieci do dorosłego życia?”. 61,5% respondentów wybrało „myśleć o sobie”, jeśli taka odpowiedź zawarta była w kwestionariuszu. Jednak, jeśli pytanie było zadane w formie pytania otwartego, tylko 4,6% odpowiedzi można było zaliczyć do tej kategorii (przegląd badań w Schwartz & Hippler 2004). Na podstawie tego typu badań można zakwestionować wartość pytań wymagających wyboru spośród zaproponowanych kategorii. Podawanie alternatyw może bowiem powodować wybór kategorii, która przy zastosowaniu pytania otwartego nie zostałaby podana przez pacjenta. W konsekwencji, psychiatra może otrzymać odpowiedź, która nie jest zgodna z relewancjami pacjenta. Biorąc pod uwagę to, że wypowiedzi pacjenta są główną podstawą stawianej diagnozy, problematyczność stosowania tej pozycji wzrasta. Do tego można dodać prace na temat konstrukcji wywiadu (Mackinnon, Michels & Buckley 2006), które argumentują, że poznawanie życia pacjenta za pomocą pytań pozycjonujących go jako świadka może wywołać w nim wrażenie, że jest przesłuchiwanym w jakiejś określonej sprawie, a nie, że jest przedmiotem zainte-

resowania lekarza (zob. Bilikiewicz 2006; Bilikiewicz, Lewandowski & Radziwiłłowicz 2000).

Jeśli opowieści pacjentów o swoim życiu/chorobie pozwalają nie tylko im strukturyzować informacje o sobie, co ma terapeutyczną moc (Canales 1997; Fredriksson & Eriksson 2001; Mickinnon, Michale & Buckley 2006; Canbib 2002), ale przede wszystkim dają lekarzom diagnostyczne informacje o szeroko rozumianym funkcjonowaniu pacjenta (Mackinnon, Michels & Buckley 2006; Pridmore 2000; Shea 1998), to dlaczego pozycja doświadczającego narratora jest prawie nieobecna w pytaniach lekarzy, zwłaszcza że pozycje oceniającego obserwatora i świadka mogą przynieść błędną diagnozę. Wiele prac na temat wywiadu medycznego podkreśla wpisane w jego naturę ograniczenia czasowe (Gottschalk & Flocke 2005). Zarówno pozycja oceniającego narratora, jak i pozycja świadka, w przeciwieństwie do pozycji doświadczającego narratora, skracają czas uzyskiwania informacji przez lekarzy. Jednak na oddziałach, na których zbierałam dane, lekarze nie mieli z góry wyznaczonego czasu na pierwszą rozmowę z pacjentem. Wydaje mi się, że dużo ważniejsza niż ograniczenia czasowe jest kwestia dążenia do obiektywizacji doświadczeń pacjentów.

Obiektywizacja doświadczeń pacjentów łączy się z pozbawianiem w dyskursie medycznym problemów pacjenta kontekstu życia (Mishler 1984). W ten sposób doświadczenia pacjentów nabierają statusu faktów medycznych. Wywodzi się to z podziału dokonanego przez Mishlera (1984) na instrumentalny, techniczny i obiektywny „głos medycyny” oraz subiektywny „głos przeżycia” zakorzeniony w doświadczeniach pacjenta. Tak rozumiana obiektywizacja doświadczeń leży u podłoża dominujących pozycji oceniającego narratora i świadka. Pacjent, dokonując oceny swoich doświadczeń, czego wymaga pozycja oceniającego obserwatora, pozbawia je kontekstu „przeżycia” charakterystycznego dla pozycji doświadczającego narratora. Jego doświadczenia stają się w ten sposób faktami medycznymi. Dokonuje on ich obiektywizacji. Jako że obiektywizacja jest łączona z dyskursem medycznym, można powiedzieć, że pacjent dokonujący oceny swoich doświadczeń mówi „głosem medycyny”. W nieco innej formie dążenie do obiektywizacji odnajdziemy w pozycji świadka. Jak pokazał Hutchby (2001) słuchacze radia dzwoniący do radiostacji z komentarzami wobec diskutowanych tematów pozycjonują siebie jako świadków pewnych wydarzeń, aby uwiarygodnić to, co mówią. Pozycja świadka staje się sposobem na to, aby osobiste doświadczenia nabrały statusu obiektywnych faktów. W moich danych dochodzi do odwrotnego procesu. Mianowicie, to lekarze pozycjonują swoich pacjentów jako świadków. W mojej ocenie właśnie po to, aby uwiarygodnić, pozbawić subiektywności ich narracje.

Jeśli za pozycją oceniającego narratora oraz za pozycją świadka stoi dążenie do obiektywizacji, brak pozycji doświadczającego narratora staje się oczywisty. Aby informacje pochodzące z tej pozycji nabrały statusu obiektywnych danych, lekarz musi najpierw je ocenić. Musi je przetransformułować na „obiektywne” dane wyrażane w „głosie medycyny”, ponieważ dopiero takie dane stają się materiałem nadającym się do oceny diagnostycznej. Taki proces jest jednak nie tylko czasochłonny, ale przede wszystkim przenosi na lekarzy odpowiedzialność za ocenę doświadczenia pacjentów. Z tego też względu, według mnie, pozycja doświadczającego narratora jest praktycznie nieobecna w pytaniach lekarzy, bezpieczniej jest bowiem pozwolić pacjentom na samodzielną ocenę swoich doświadczeń, niż samemu podejmować się takiej oceny na podstawie usłyszanых opowieści. Dodatkowo, brak pozycji doświadczającego narratora pozbawia wypowiedzi pacjentów sporej dawki emocjonalnie trudnych narracji. Tym samym korzyści z jej nieobecności zostają wzmocnione.

Bez względu na to, czy brak przestrzeni dla cierpienia pacjentów w trakcie pierwszych wywiadów psychiatrycznych wynika z dążenia do uzyskania obiektywnych danych, czy też z chęci uniknięcia emocjonalnie trudnych treści, konsekwencje, jakie może nieść ta praktyka dla diagnozy i stanu pacjentów, prowokują do zastanowienia się, jeśli nie nad cierpieniem pacjenta jako centrum zainteresowania lekarza (Galasiński 2008), to przynajmniej nad poprawą jakości praktyki wywiadowczej lekarzy praktyków (zob. Stanghellini 2001).

Bibliografia

- Atkinson R. (1998), *The life story interview*, Thousand Oaks: Sage.
- Bavelas J.B., Coates L., & Johnson T. (2000), *Listeners as co-narrators*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 79 (6), 941–952.
- Beck A.T. (1976), *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, International University Press, New York.
- Beevers Ch. G., & Miller I.W. (2004), *Depression-Related Negative Cognition: Mood-State and Trait Dependent Properties*, *Cognitive Therapy and Research*, 28(3), 293–307.
- Berger P.L., & Luckmann T. (1966), *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*, Anchor Books, Garden City.
- Bilikiewicz A. (red.) (2006), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Bilikiewicz A., Lewandowski J. & Radziwiłłowicz P. (2000), *Psychiatria. Repetytorium*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.

Burr V. (2003), *Social Constructionism* (second edition), Psychology Press, London.

Candib L.M. (2002), *Working with suffering*, Patient Education and Counseling, 48, 43–50.

Canales M. (1997), *Narrative interaction: creating a space for therapeutic communication*, Issues in Mental Health Nursing, 18, 477–494.

Davies B. & Harré R. (1990), *Positioning: The discursive production of selves*, Journal for the Theory of Social Behaviour, 20(1), 44–63.

Engelbrecht B. (1989), *The mystery of suffering*, Medicine and Law, 7, 635–636.

Ferrell B.R. (1990), *Commentary for Steeves, Khan & Benoliel, „Nurses interpretation of the suffering of their patients”*, Western Journal of Nursing Research, 12, 729–730.

Forgas J.P. (ed.) (2006), *Affect in Social Thinking and Behavior*, New York: Psychology Press.

Frank A.W. (2001), *Can we research suffering?*, Qualitative Health Research, 11, 353–362.

Frankel R. (1990), *Talking in interviews: a dispreference for patient-initiated questions in physician patient encounters*, w: G. Psathas (red.), *Interactional Competence*, University Press of America., Washington, 231–262.

Fredriksson L. (1998), *The caring conversation – Talking about suffering. A hermeneutic phenomenological study in psychiatric nursing*, International Journal of for Human Caring, 1, 24–32.

Fredriksson L. & Eriksson K. (2001), *The patient’s narrative of suffering - a path to health? An interpretative research synthesis on narrative understanding*, Scandinavian Journal of Caring Sciences, 15, 3-11.

Fredriksson L. & Lindström U.A. (2002), *Caring conversations - psychiatric patients’ narratives about suffering*, Journal of Advanced Nursing, 40 (4), 396-404.

Galasiński D. (2008), *Men's Discourses Of Depression*, Palgrave, Basingstoke (w druku).

Gottschalk A. & Flocke S.A. (2005), *Time Spent in Face-to-Face Patient Care and Work Outside the Examination Room*, The Annals of Family Medicine, 3, 488–493.

Halliday M.A.K. & Hasan R. (1989), *Language, context, and text: aspects of language in a social-semiotic perspective*, Oxford University Press, Oxford.

Harré R. & Moghaddam F. (2003), *Introduction: The self and Others in Traditional Psychology and in Positioning Theory*, w: R. Harre & F. Moghaddam (red.), *The Self and Others. Positioning Individuals and Groups in Personal, Political, and Cultural Contexts*, Praeger, Westport CT, 123–136.

Harré R. & Slocum N. (2003), *Disputes as Complex Social Events: On the Uses of Positioning Theory*, w: R. Harre & F. Moghaddam (red.), *The Self and Others. Positioning Individuals and Groups in Personal, Political, and Cultural Contexts* Westport CT: Praeger, 123-136.

ten Have P. (1991), *Talk and Institution: A Reconsideration of the "Asymmetry" of Doctor-Patient Interaction*, w: D. Boden & D.H Zimmerman (red.), *Talk and social structure: studies in ethnomethodology and conversation analysis*, Polity Press, Cambridge, 138-63.

Holstein J. F., & Gubrium J.A. (1995), *The active interview*, Sage, Thousand Oaks.

Hutchby I. (2001), *Witnessing: The Use of First-Hand Knowledge in Legitimizing Lay Opinions on Talk Radio*, *Discourse Studies*, 3, 481-497.

Khan D.L. & Steeves R.H. (1995), *The significance of suffering in cancer care*, *Seminars in Oncology Nursing*, 11(1), 9-16.

van Langenhove L., & Harré R. (1999), *Introducing Positioning Theory*, w: R. Harré. & L. van Langenhove (red.), *Positioning Theory: Moral Context of Intentional Action*, Blackwell Publisher, Oxford, 14-31.

Loewy E.H. (1991), *The role of suffering and community in clinical ethics*, *Journal of Clinical Ethic*, 2(2), 83-89.

Mackinnon R. A., Michels R., & Buckley P.J. (2006), *The Psychiatric Interview in Clinical Practice*, American Psychiatric Publishing, Washington, D.C.

Mishler E.G. (1984), *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*, Ablex Publishing, Norwood, NJ.

Mishler E.G. (1986), *Research Interviewing: Context and Narrative*, Harvard University Press, Cambridge.

Moore B.S., & Isen A. M. (red.) (1990), *Affect and Social Behavior*, Cambridge: Cambridge University Press.

Morse J.M. (2000), *Responding to the cues of suffering*, *Health Care for Women International*, 21, 1-9.

Pridmore S. (2000), *The Psychiatric Interview: A Guide to History Taking and the Mental State Examination*, Harwood Academic Publishers, Amsterdam.

Rodgers B.L. & Cowles K. V (1997), *A conceptual foundation for human suffering in nursing care and research*, *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1048-1053.

Schuman H., & Presser S. (1981), *Questions and answers in attitude surveys*, New York: Academic Press.

Schwarz N. & Hippler H. J. (2004), *Response alternatives: The impact of their choice and ordering*, w: P. P. Biemer, R.M. Groves, N. Mathiowetz & S. Sudman (red.), *Measurement errors in surveys*, Wiley-Interscience, New York, 41-56.

Shea S.Ch. (1998), *Psychiatric Interviewing: The Art of Understanding*, Saunders, Philadelphia.

Stanghellini G. (2003), *The Puzzle of the Psychiatric Interview*, *Journal of Phenomenological Psychology*, 35 (2), 173–195.



Anna Ratajska

Wydział Pedagogiki i Psychologii
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

ŁĘK U CHORYCH Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA

Postęp medycyny w XX wieku wiązał się z wprowadzaniem nowych technologii, sposobów leczenia, opracowywaniem i wdrażaniem nowych leków. W leczeniu chorób układu krążenia przekłada się to m.in. na wydłużenie długości życia osób chorujących przewlekłe oraz zwiększa możliwość skutecznej terapii w pierwszych godzinach zawału serca. Coraz efektywniejsze standardy postępowania w przypadku wystąpienia powikłań mechanicznych ostrego niedokrwienia czy optymalizacja technik rewaskularyzacji u pacjentów z zaawansowaną chorobą niedokrwinną, pozwala na zmniejszenie ich śmiertelności [1]. Niestety, większa liczba osób przechodzących zawał serca oraz starzenie się populacji wiąże się z występowaniem niewydolności serca [2]. Niewydolność serca jest stanem, w którym strukturalne lub czynnościowe zaburzenie serca czyni je niezdolnym do przepompowania krwi w ilości wystarczającej do pokrycia zapotrzebowania metabolicznego tkanek, lub gdy może ono być pokryte jedynie w przypadku podwyższenia ciśnienia napełniania komory [3, 4].

Najczęstszymi przyczynami niewydolności serca są: choroba wieńcowa, choroby zastawek serca oraz kardiomiopatie [5]. Niewydolność serca może również wystąpić jako konsekwencja skrajnego i niekontrolowanego wysokiego ciśnienia krwi, rozedmy płuc, cukrzycy lub innego poważnego stanu zdrowia [6]. W Polsce najczęstszą przyczyną niewydolności serca jest choroba niedokrwienności serca – stanowi około 75% przypadków. Kolejną przyczyną to nadciśnienie tętnicze izolowane lub w skojarzeniu z chorobą niedokrwienności serca – to około 60% przypadków [7].

Chorobowość z powodu niewydolności serca jest tak duża, że czyni ten zespół chorobowy wiodącym problemem kardiologii klinicznej; mówi się nawet, że jest to jeden z poważniejszych problemów zdrowotnych, którego skala zaczyna przybierać rozmiary epidemii [3, 8]. Wyniki dużych badań epidemiologicznych prowadzonych głównie w krajach Europy Zachodniej i w USA wskazują, że niewydolność serca występuje średnio u 2–3% populacji, przy czym wyraźnie częściej u osób starszych. Szacuje się, że u osób w wieku poniżej 45 roku życia niewydolność serca występuje u mniej niż 1% całej populacji, ale po 75 r. ż. już u ok. 8–10% osób. W przeciwieństwie do innych chorób układu krążenia, gdzie zazwyczaj obserwuje się przewagę mężczyzn, liczba kobiet i mężczyzn leczonych z tym rozpoznaniem jest zbliżona [8]. Szacuje się, że w Polsce na niewydolność serca choruje 800–1000 tys. osób [7].

Niewydolność serca jest chorobą przewlekłą o bardzo złym rokowaniu. Wskaźniki 5-letniego przeżycia w niewydolności serca są gorsze od przeżycia osób z chorobą nowotworową, z wyjątkiem raka płuc. Dane te potwierdzają badania europejskie i amerykańskie¹ [7].

Mimo że już od ponad 30 lat badany jest wpływ czynników psychologicznych na funkcjonowanie pacjentów z chorobami układu krążenia, a zwłaszcza ich związek z chorobą wieńcową i wpływ na pacjentów po zawale serca, psychologowie od niedawna interesują się pacjentami z niewydolnością serca, co przejawia się w coraz większej ilości prowadzonych w tej dziedzinie badań [2].

W pracy z pacjentami z niewydolnością serca można, a nawet należy, wykorzystywać wiedzę dotyczącą pacjentów przewlekle chorych, co powinno znacząco wpłynąć na poprawę ich funkcjonowania. Wpływem choroby przewlekłej na funkcjonowanie pacjenta zajmowano się w wielu pracach; dziedzina ta jest również bogata w wyniki badań empirycznych [9, 10, 11, 12]. Jak piszą R. Arnold, A.V. Ranchor, G.H. Koëter i wsp. [12], rozwój choroby przewlekłej może wpływać na kilka aspektów zdrowia pacjenta. Konsekwencje choroby wiążą się z procesem postępowania choroby, zaczynającym się rozwojem nieprawidłowości fizjologicznych lub biologicznych, których efektem są symptomy choroby i ograniczenia fizyczne zauważane i zgłaszane przez pacjentów. Ostatecznie, pacjenci muszą przyjąć do wiadomości niemożność brania udziału w codziennych zajęciach, co wpływa na ich percepcję własnego zdrowia i w efekcie na ogólne samopoczucie (*well-being*). Ten łańcuch konsekwencji choroby przewlekłej składa się z trzech elementów: 1) rozpoczyna się jej obiektywnymi skutkami (zaburzenia fizjologiczne), 2) wpływa na status zdrowotny człowieka (funkcjonowanie organizmu) oraz na jego 3) subiektywną percepcję zdrowia (samopoczucie i percepcja zdrowia).

¹ Dla porównania: z powodu niewydolności serca cierpi 5 milionów Amerykanów i co roku identyfikuje się 550 000 nowych przypadków (Carels R.A. i wsp., 2004).

W tej pracy chcę skupić się na lęku wpływającym niewątpliwie na samopoczucie i postrzeganie własnego zdrowia, umiejscowionym przez R. Arnold i wsp. [12] w kategorii „subiektywna percepcja zdrowia”. Wyniki uzyskiwane w badaniach lęku pacjentów z niewydolnością serca są niejednoznaczne. Z jednej strony mówi się, że poziom lęku w tej grupie jest zdecydowanie wyższy niż wśród osób chorujących na inne przewlekłe choroby kardiologiczne i osób zdrowych [Zuccala i wsp. 1995; Havranek i wsp. 1999; 2]. Z drugiej strony obecność lęku łączy się u nich z występowaniem depresji, która u pacjentów z niewydolnością jest powszechna [13]. Murberg i wsp. (1998) uzyskali także wyniki niejednoznaczne, wskazujące, że poziom lęku wśród pacjentów z niewydolnością wcale nie jest wyższy niż u innych pacjentów kardiologicznych i chorujących na inne choroby przewlekłe [2, 14].

W świetle takich wyników badań i na podstawie przeprowadzonej analizy literatury oraz własnych doświadczeń pracy z pacjentami z niewydolnością serca sądzę, że analiza ich sytuacji życiowej pod kątem występowania lęku może być przydatna nie tylko eksploracyjnie, ale również może przelożyć się na lepsze ich zrozumienie. Może to wpłynąć także na sposób pracy współpracujących z nimi profesjonalistów – lekarza, pielęgniarki, dietetyka czy psychologa. Są to bowiem wyjątkowi pacjenci, znajdujący się w wyjątkowej sytuacji, w związku z tym, aby udzielana im pomoc była adekwatna, musi być dostosowana do ich specyficznych potrzeb i możliwości. Jak już wyżej wspomniałam, wyniki dotychczas prowadzonych badań wskazują, że pacjenci z tej grupy zdecydowanie potrzebują pomocy w zakresie powszechnie występującej wśród nich depresji; w wielu badaniach wskazywano na znaczącą rolę wsparcia społecznego i stylów radzenia sobie, które mogą być ważnymi, niezależnymi czynnikami wpływającymi na ich zachowanie i śmiertelność. Zgodnie z tym, co piszą MacMahon. i Lip [2], istotna jest więc praca nad adaptacyjnymi sposobami radzenia sobie, uczynienie informacji o niewydolności serca bardziej dostępnymi oraz upewnienie się że pacjenci są w pełni świadomi konieczności przyjmowania leków, mogących wpłynąć na poprawę rokowania. Wszystkie te zadania będzie można skuteczniej realizować, rozumiejąc, jak lęk wpływa na zachowanie pacjentów z niewydolnością serca.

Problem lęku w chorobach somatycznych obecny jest stale – na każdym etapie chorowania pacjent może odczuwać lęk. Różne są przy tym postacie lęku, i różne może być jego natężenie. A. Kępiński [15] pisze, że pojęcia lęku używa się „w znaczeniu ogólnym dla określenia przeżyć towarzyszących postawie ucieczki [...], gdyż inne terminy już bardziej precyzują sytuację, np. strach jest wywołanym przez niebezpieczeństwo lękiem przed jakimś przedmiotem, niepokój jest lękiem o słabszym nasileniu, obawa jest niepokojem przed określonym przedmiotem, zgroza jest lękiem wobec czegoś bardzo przerażającego i niezwykłego, paraliżującym wszelką aktywność itp. [s. 105]”.

Z kolei S. Rachman [16] definiuje lęk jako „wszechogarniający i nasilony negatywny stan emocjonalny [...]. Lęk to pełne napięcia oczekiwanie na pojawienie się zagrażającego, ale niejasnego zdarzenia; to uczucie niepokoju i niepewności” [s. 10]. Aby analiza lęków towarzyszących pacjentom z niewydolnością serca została dokonana w sposób uporządkowany, posłuży się rozróżnieniem A. Kępińskiego [15]. Ze względu na wywołującą go sytuację, Kępiński wyróżnił lęk biologiczny, społeczny, moralny i dezintegracyjny. Sądzę że w przypadku tej grupy chorych zasadnicze znaczenie ma lęk najbardziej podstawowy – biologiczny. Pojawia się on, według autora, w sytuacji zagrożenia jednego z dwóch podstawowych praw biologicznych: zachowania własnego życia i życia gatunku. Zagrożenie to może pochodzić z zewnątrz – wtedy mówimy o strachu, na który reakcje są typowe: walka lub ucieczka. Źródło zagrożenia może być zlokalizowane wewnątrz, wtedy jest nim własny organizm człowieka. Zgodnie z takim podziałem, w tym opracowaniu interesuje mnie zagrożenie pierwszego prawa biologicznego, czyli zagrożenie zachowania życia, którego źródło stanowią procesy zachodzące we własnym organizmie.

Zagrożenie pochodzące z wnętrza organizmu wyzwala postawę lękową bez uświadomienia istoty niebezpieczeństwa. Bodziec wewnętrzny, wywołujący reakcję lękową często nie dociera do świadomości chorego, ponieważ mechanizmy regulacyjne organizmu – wegetatywne, endokrynologiczne, biochemiczne itp. – działają bez udziału świadomości. Pacjent odczuwa to jako zmianę samopoczucia (wie, że coś się dzieje, gorzej się czuje, ale nie wie, co się dzieje) lub pojawianie się symptomów [15, 17]. W przypadku chorych z niewydolnością serca lęk biologiczny rysuje się szczególnie wyraźnie. Wzmacniają go symptomy ich choroby – są uciążliwe i niejednokrotnie dramatyczne. Objawy niewydolności serca obejmują: osłabienie i łatwe męczenie się, skrócenie oddechu i duszność (szczególnie podczas wysiłku), złą tolerancję płaskiej pozycji leżącej, zastój płynów przejawiający się obrzękami nóg (u osób leżących także obrzękiem pleców). Inne objawy to: sinica, wzmożone oddawanie moczu w nocy, suchy męczący kaszel w nocy, kołatanie serca, bóle wieńcowe, zawroty głowy [5, 8, 18]. Od lekarza prowadzącego pacjent dowiaduje się, że cierpi na przewlekłą i zagrażającą życiu chorobę, że jego funkcjonowanie będzie się pogarszało, podczas chorowania mogą zdarzać się niekorzystne epizody kardiologiczne oraz powtarzające się hospitalizacje [13]. W tej sytuacji zarówno objawy, które powodują ograniczenia i fizycznie osłabiają pacjenta, jak i znaczenie diagnozy, stają się źródłem silnego stresu [13, 19].

Mając świadomość choroby, jej nieuleczalności i złego rokowania, pacjenci nastawieni są na nieustanne monitorowanie objawów swej choroby. Można przypuszczać, że wiąże się to z wpisaniem w diagnozę zagrożeniem życia. Jak pisze A. Kępiński [17]: „czujemy, że nasz świadomy nurt życia jest tylko po-

wierzchną warstwą tego, co dzieje się w głębi, co jest cielesne, chaotyczne i nieznane, czym nie umiemy pokierować, jesteśmy zdani na jego łaskę i niełaskę. Żyjemy w lęku, że coś w środku może się popsuć, że gdzieś tam w środku czyha na nas śmierć. Sygnał zagrożenia, bólowy czy lękowy, często jest wyzwalany przez dysfunkcję naszego ciała” [s. 235]. Osoby chorujące na niewydolność serca wiedzą, że „coś w środku” – w ich przypadku serce – już się „popsuło”. Skutki tego odczuwają każdego dnia. Wiedzą też, że rokowanie jest niepomyślne. W niewydolności serca wiąże się ono ściśle z jej klasą. Kliniczne zaawansowanie niewydolności serca najczęściej określane jest na podstawie klasyfikacji Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (*New York Heart Association Functional Classification of Heart Disease Scale – NYHA*). Opiera się ona na subiektywnej ocenie stopnia ograniczenia aktywności fizycznej i nasilenia dolegliwości podmiotowych. Określona na tej podstawie klasa niewydolności serca zależy więc od stanu emocjonalnego pacjenta, motywacji do wykonania wysiłku czy od schorzeń współistniejących, a nie tylko od samej wydolności układu krążenia [3]. Szczegółowo klasy NYHA opisane są w tabeli 1.

Tabela 1. Klasyfikacja niewydolności serca wg NYHA

Klasyfikacja NYHA	
Klasyfikacja	Opis
Klasa I	Pacjenci z chorobą serca bez wynikających z niej ograniczeń aktywności fizycznej. Zwyczajna aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, palpacji, duszności czy bólu dławicowego.
Klasa II	Pacjenci z chorobą serca powodującą nieznaczne ograniczenia aktywności fizycznej. Pacjentom jest wygodnie, gdy odpoczywają, ale aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, palpacje, duszność lub ból dławicowy.
Klasa III	Pacjenci z chorobą serca powodującą znaczne ograniczenia aktywności fizycznej. Pacjentom jest wygodnie, kiedy odpoczywają, ale aktywność fizyczna mniejsza od zwykłej powoduje wystąpienie zmęczenia, palpacji, duszność lub bólu dławicowego.
Klasa IV	Pacjenci z chorobą serca powodującą niemożność podjęcia jakiegokolwiek aktywności fizycznej – poczucie dyskomfortu pojawia się zawsze. Mogą odczuwać zmęczenie, palpacje, duszność lub ból dławicowy. Symptomy te narastają przy podjęciu aktywności fizycznej.

Źródło: Sadowski 1996, s. 501; 21.

Dla pacjentów z umiarkowanie nasilonymi objawami niewydolności serca śmiertelność wynosi 10–15% rocznie, a dla pacjentów z ciężką niewydolnością serca (IV klasa wg NYHA) roczna śmiertelność wynosi około 50%. Przyczyny zgonu chorych z tej grupy są różne. W II i III klasie czynnościowej najczęstszą przyczyną śmierci jest zgon nagły (59–64%), a w IV klasie w 56% przyczyną zgonu jest progresja niewydolności serca [7]. Pacjenci są jednocześnie świadomi tego, że wyleczenie nie jest możliwe, że choroba będzie towarzyszyła im do końca życia. W tej sytuacji, kiedy choroba jest nieuleczalna, dąży się od opanowania objawów, zwolnienia postępu choroby oraz wydłużenia życia pacjenta. U pacjentów z bezobjawowym uszkodzeniem serca leczenie opóźnia rozwój jawnych cech niewydolności lub do niej nie dopuszcza [7]. Niestety, mimo znaczącego postępu w leczeniu oraz wydłużeniu oczekiwanego okresu przeżycia, zasadnicza część pacjentów w zaawansowanych stadiach choroby umiera z powodu postępującej dysfunkcji serca [3]. Wiedząc o tym, chorzy leczeni farmakologicznie żyją ze świadomością, że wysoce prawdopodobne jest, iż również im przyjdzie zmierzyć się z koniecznością podjęcia decyzji transplantacyjnej. Sądzę że pojawiający się w tym przypadku lęk jest typowym lękiem antycypacyjnym. Pacjenci żyją z wizją, a nawet groźbą czekającego ich przeszczepu serca, mimo że strategia postępowania medycznego w niewydolności serca zaleca, po stwierdzeniu nieskuteczności leczenia farmakologicznego, rozważenie wszczęcia kardiowertera – defibrylatora, zastosowanie rekonstrukcyjnych metod kardiochirurgicznych lub zastosowanie krążenia wspomaganego [21]. Dzieje się tak, mimo udzielenia im przez lekarza prowadzącego informacji, że nie dla każdego pacjenta będzie to konieczna metoda leczenia oraz że trudno jest określić czas chorowania, po którym przeszczep może okazać się konieczny. Sądzę, że za taki stan rzeczy odpowiada skupienie pacjenta na zagrażającej mu informacji, które powoduje, że pozostałych informacji on już nie percypuje lub odbiera je w zniekształcony sposób [por. 22]. Dodatkowo monitorowanie symptomów choroby, uciążliwość doświadczanych objawów niewydolności serca, częste hospitalizacje oraz inwazyjne procedury diagnostyczne każdego dnia uświadamiają pacjentom ich śmiertelność. Konieczność poddawania się stresującym badaniom inwazyjnym (np. koronarografia) lub metodom leczenia (np. przezskórna angioplastyka wieńcowa) u większości chorych budzi lęk. Jest on związany z poczuciem zagrożenia życia, obawą przed pomyłką lekarzy i przed niefortunnym przebiegiem zabiegu. Od momentu podpisania zgody na wykonanie zabiegu obawy te narastają, ponieważ chory, podpisując ten dokument, miał możliwość dokładnego przestudiowania informacji o możliwych powikłaniach i stopniu ryzyka. Lęk związany z zabiegiem może również rozwijać się na podstawie informacji udzielanych przez osoby, mające za sobą podobne

doświadczenia. Obawy bliskich mogą być dodatkowym tzw. „udzielnym lękiem” [23]. S. Rachman [16] podkreśla, że zabiegi medyczne, w tym chirurgiczne, należą do najczęstszych i najsilniejszych doświadczeń lękowych, z jakimi ludzie spotykają się w ciągu swego życia. Fakt ten nie jest, niestety, w pełni rozumiany i brany pod uwagę w klinikach i szpitalach. Zaobserwowano, że ludzie oczekujący na wyniki znaczącego dla nich testu medycznego doświadczają silnego lęku; w tych warunkach odnotowano jedno z najwyższych wyników w skalach odczuwanego lęku [Kincey, Statham, McFarlane 1991; Weller, Hener 1993; 16].

Mając świadomość powagi choroby, obawiając się inwazyjnych metod leczenia, zabiegów kardiologicznych i ewentualnego przeszczepu pacjent doświadcza jednego z najbardziej pierwotnych przeżyć w świecie ożywionym – lęku przed śmiercią. Ponieważ choroba stanowi dla niego realne i nieodwracalne zagrożenie, a jego źródłem jest własne ciało, proces ten nie może odbyć się poprzez rzeczywistą zmianę sytuacji. Wszystkie te doznania tworzą tak silny dyskomfort psychiczny, że chory świadomie lub nieświadomie dąży do obniżenia poziomu napięcia i redukcji negatywnych emocji, zwłaszcza lęku. Odbywa się więc najczęściej poprzez mechanizmy obronne oraz mechanizmy kontroli emocji.

Według Murberga, Gill i Bru [19], niektórzy chorzy na niewydolność serca jako strategię radzenia sobie przyjmują wyparcie lub zaprzeczanie, które zniekształcają rzeczywistość. Mimo że zaprzeczanie zostało uznane za adaptacyjny i ochronny mechanizm radzenia sobie, ponieważ obniża poziom lęku i umieralność, dotyczy to ostrej fazy przystosowania do choroby. Natomiast długotrwałe utrzymywanie się zaprzeczania może być nieadaptacyjne dla pacjentów z niewydolnością serca, ponieważ jest przyczyną niepowodzeń w stosowaniu się pacjenta do zaleceń lekarskich, których celem jest obniżenie ryzyka pogorszenia rokowania [19]. Na poziomie zachowania może się to przejawiać np. w niesystematycznym przyjmowaniu leków, niestosowaniu odpowiedniej diety (w tym dosalaniu potraw, zabronionym wręcz tym pacjentom), przyjmowaniu zbyt dużej ilości płynów, spożywaniu alkoholu, paleniu papierosów, zaprzestaniu aktywności ruchowej, stosowaniu dodatkowych leków lub „cudownych środków” bez konsultacji z lekarzem, podejmowaniu aktywności fizycznej przekraczającej ich możliwości (w tym noszenie rzeczy cięższych niż określone przez lekarza).

Badania dotyczące doświadczeń życiowych tych pacjentów wskazują na wielość odczuwanych przez nich negatywnych emocji – począwszy od lęku, przez rezygnację i bezsilność, po silne poczucie braku równowagi i zakłócenie życia [13]. Silne i negatywne emocje utrudniają pacjentom codzienne funkcjonowanie i adaptację do choroby. Wyniki uzyskane przez Jiang i wsp. podczas 12-miesięcznej obserwacji wskazują, że wśród hospitalizowanych pacjentów

z niewydolnością serca współczynnik umieralności u pacjentów z depresją był dwukrotnie wyższy niż u pacjentów bez depresji [24]. W wielu badaniach wykazano, że wśród pacjentów z tej grupy powszechna jest depresja [6, 13, 19]. Za jedną z przyczyn jej występowania uznaje się również konieczność częstych hospitalizacji. Szacuje się bowiem, że 30–50% tych pacjentów powraca do szpitala w ciągu trzech miesięcy od uzyskania wypisu [25]. Według Carelisa i wsp., ze wzrostem fizycznych symptomów niewydolności serca związane są poważniejszy konflikt oraz strategia radzenia sobie z chorobą polegająca na skupieniu się na jej objawach. Autorzy konkludują, że nastrój i sposób radzenia sobie z chorobą mogą zaostrzać symptomy fizyczne chorych na niewydolność serca [26]. Inne badania wskazują, że lęk i depresja u pacjentów hospitalizowanych są predyktorami słabej kontroli objawów i gorszego stanu po wypisaniu ze szpitala. Ponadto bez względu na ostrość choroby, wysoki poziom stresu jest znaczącym predyktorem rehospitalizacji, niskiej jakości życia i wysokiej śmiertelności wśród pacjentów kardiologicznych, w tym z niewydolnością serca [13].

Jak pisze A. Kępiński [17], „bezpośrednie zetknięcie się z niebezpieczeństwem dla życia właściwie oznacza śmierć, bo takie jest jego znaczenie; sygnał zagrożenia życia jest właściwie sygnałem śmierci, która czyha w pewnej odległości zarówno przestrzennej, jak i czasowej, i przed którą należy uciec. Dlatego sygnał ten gwałtownie mobilizuje postawę «od» otoczenia (ucieczki lub agresji). Sygnału tego, który jest w pewnym znaczeniu symbolem śmierci, nie można jednak sprawdzić. Sprawdzenie oznaczałoby śmierć, już więcej sygnały byłyby niesprawdzalne” [s. 71]. Pacjent z niewydolnością serca nie może uciec od zagrożenia. Nie ma możliwości zadecydowania: ucieczka czy atak. Nie może bronić się przed chorobą, zostać wyleczonym, zatrzymać postęp choroby. Dodatkowo, jak pisze Kępiński [ibidem] niepokój ciała jest niepokojem nieznanego. Z ciałem wiąże się poczucie śmierci – ciało jest śmiertelne, nieśmiertelny jest „duch”. W wypadku zagrożenia pochodzącego z wnętrza ustroju pozostaje ono niewidoczne, ludzie nie dysponują bowiem świadomą percepcją własnego ciała, mimo istnienia licznych interoceptorów. Żyją w lęku, że coś „w środku” może się popsuć, że gdzieś tam w środku czyha śmierć. Nawet gdy wiadomo, że lęk związany jest z dysfunkcją organizmu, zwykle nie jest znany rodzaj tej dysfunkcji. Dopiero badanie lekarskie może odkryć jej genezę. Lęk jest tym silniejszy, im krótszy jest odcinek czasu, po którym musi nastąpić śmierć [tamże]. Chorujący na niewydolność serca, jak napisałam powyżej, często doświadczają powtórnych hospitalizacji. W rozmowach podkreślają, że często obawiają się nagłego pogorszenia stanu zdrowia. Mówią też o tym, że czasem czują powolne zmiany „w środku”, i choć wiedzą, że związane jest to ze znaną im chorobą serca, pragną jak najszybciej znaleźć się w szpitalu, oddać się w profesjonalne ręce lekarzy. Być może wiąże się to z brakiem wie-

dzy i poczucia kontroli nad własną chorobą. Potwierdzeniem tej hipotezy mogą być wyniki badań uzyskane przez Horowitz, Rein i Leventhala [27]. Wykazano w nim, że pacjenci nie rozumieją swojej choroby i nie mają o niej wiedzy. Badani doświadczali objawów choroby przewlekłej, ale nie potrafili określić ich zmienności w czasie, ani przyczyny tej zmiany. Nie rozumieli, że objawy takie, jak obrzęki i duszność miały związek z używaniem przez nich soli, nie wiedzieli też, w jaki sposób monitorować te symptomy i jak reagować na zmiany. Jednocześnie chorzy ci chcieli informacji o swojej chorobie. Informacje te należy w związku z tym odpowiednio przedstawić, przygotowując je w zrozumiały dla nich sposób. Być może kłopoty ze zrozumieniem i przetworzeniem uzyskanych od lekarza prowadzącego informacji wynikały z zaburzeń funkcji poznawczych. Badania, które przeprowadzili Shiffman i Stone, wskazują, że pacjenci mają ograniczoną zdolność streszczenia i integrowania informacji, ale bardziej rozumieją powiązania i wzajemne zależności pomiędzy elementami [26].

Według S. Kowalika [28], można przyjąć, że poważne pogorszenie stanu zdrowia jest dla człowieka silnym stresorem. Może on wystąpić nagle lub też stopniowo narastać [Ptacek, Pierce 2003; 28]. Kiedy niepełnosprawność pojawia się gwałtownie (np. zawał serca), sytuacja jest w miarę przewidywalna – czynnik uszkadzający przestaje działać, jego konsekwencje zdrowotne są znane i można podjąć działania zaradcze [Block 1999; 28]. W przypadku ciężkich chorób przewlekłych trudno przewidzieć rozwój procesu chorobowego i jego konsekwencje. Oddziaływać będą tu bowiem różnorodne czynniki stresowe. Na ich doświadczanie wpływ ma tzw. kontekstualny ładunek stresu [Lepore, Evans 1996; 28]. Biorąc go pod uwagę, uznaje się, że podstawowym stresorem jest utrata zdrowia, ale wpływa on na ciągle powstawanie nowych stresorów. Zalicza się do nich utratę pracy, obniżenie pozycji w rodzinie, trudności ekonomiczne, trudności z samoobsługą itd. Przeżywanie rozpoznania i leczenia niewydolności serca jest dla omawianej grupy pacjentów podstawowym stresem, jak wykazałam powyżej – generującym wiele lęków. Ze względu na zły stan zdrowia i ograniczenia wynikające z choroby pacjenci z niewydolnością serca na ogół są na rencie, przechodzą na wcześniejszą emeryturę lub zmieniają pracę na mniej obciążającą. Niemożność kontynuowania pracy często rodzi frustrację, chorzy mają poczucie że zostaje im zabrana część rzeczywistości, w której realizowali siebie w zupełnie inny sposób niż w rodzinie; boją także nad utratą więzi z kolegami z pracy. Badania nad osobami przewlekle chorymi somatycznie wskazują, że w ich ocenie wartości pracy najczęściej wymienione są następujące aspekty:

- praca daje poczucie własnej wartości,
- stanowi źródło utrzymania, zdobycia środków materialnych i osiągnięcia stabilizacji ekonomicznej,

- stanowi drogę do usamodzielnienia się,
- umożliwia kontakt z ludźmi, a tym samym integrację z otoczeniem osób zdrowych,
- jej podjęcie uważane jest za sukces życiowy [Kirchler 1985; Kotowski 2002; Sobiecka 2003; Plinta, Sobiecka 2004; 29].

Utrata pracy wiąże się także z pogorszeniem sytuacji ekonomicznej pacjenta i jego rodziny. Nie mogąc pracować, traci on stałe źródło utrzymania, uzyskiwane dochody (renta / emerytura/ inne świadczenia) często są znacząco niższe niż te, do których chory był przyzwyczajony, a dodatkowo pojawiają się obciążenia finansowe w postaci konieczności wykupu leków, systematycznego poddawania się badaniom kontrolnym. Pogorszenie sytuacji finansowej jest czynnikiem wywołującym frustrację i lęk. W wyniku tych zmian dochodzi do reorganizacji rodziny. Następuje zmiana ról i odpowiedzialności związanej z utrzymaniem domu, obowiązkami domowymi, inny członek rodziny staje się głównym zarabiającym. W obecnej sytuacji społeczno-ekonomicznej w Polsce lęk związany z pogorszeniem sytuacji materialnej chorego i jego rodziny jest ważnym czynnikiem. Podczas rozmów wkrótce po rozpoznaniu pacjenci często stwierdzają: „ja muszę pracować”; „jak to – mam nie pracować. A z czego ja rodzinę utrzymam?”. Odnoszę wrażenie, że czynnik ekonomiczny jest równie istotny jak satysfakcja z pracy. Pacjenci dłużej chorujący mówią o chęci /potrzebie powrotu do pracy, lęku związanym z „wypadnięciem z rynku”, z niespełnieniem oczekiwań pracodawców. Ci, którzy podjęli pracę, np. na część etatu lub zmieniając ją na lżejszą, podkreślają zadowolenie z kontaktów z innymi oraz ogromne znaczenie możliwości zarobienia pieniędzy, które pozwalają na poprawę sytuacji materialnej rodziny. Tak więc utrata zdrowia, czyli podstawowy stresor, w przypadku pacjentów z niewydolnością serca bardzo mocno wpływa na kontekstualny ładunek stresu, przyczyniając się do powstania szeregu nowych stresorów, wywołujących również lęk.

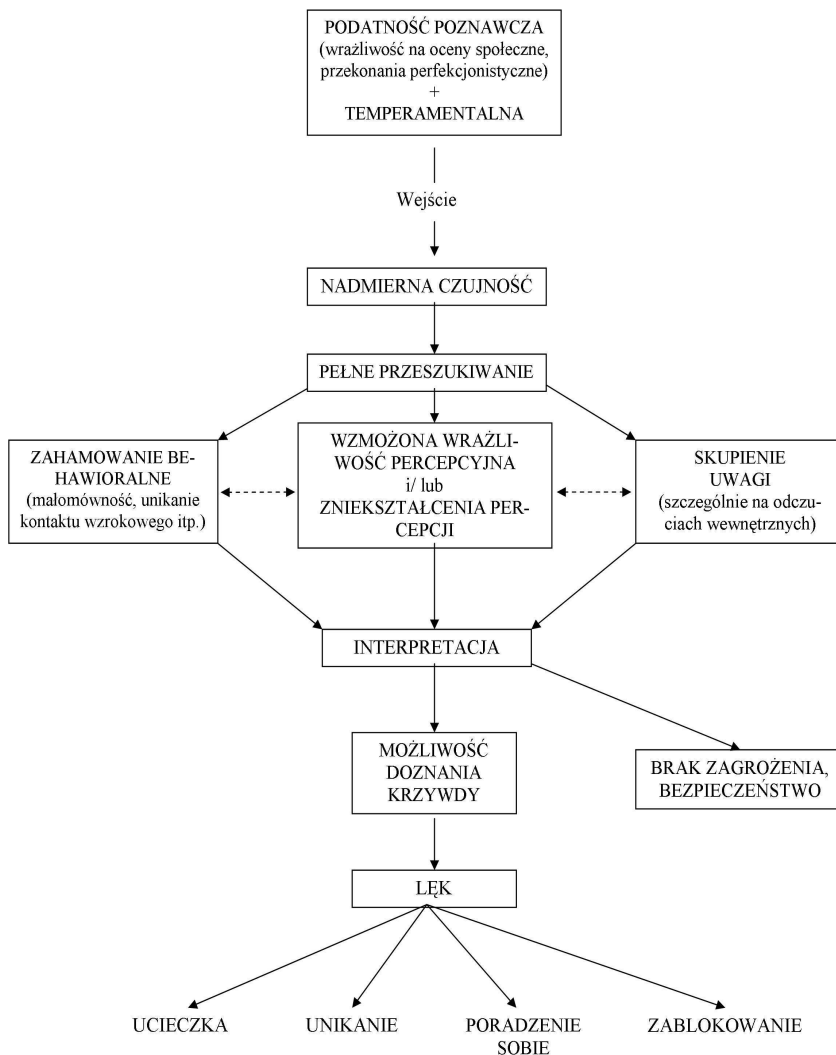
Według Kruegera [1984; 28], defekt ciała wywołuje największe przeżycia traumatyczne u osób dorosłych. W przypadku chorób przewlekłych, gdy niepełnosprawność narasta stopniowo, pojawiają się sygnały ostrzegające o zagrożeniu. Nawet jeśli zostały podjęte działania przygotowawcze wobec nadchodzącej niepełnosprawności, to w przypadku niewydolności serca są one nieskuteczne. Negatywne przeżycia wówczas narastają, koncentrując się według Kohla [1984; 28] wokół następujących spraw:

- walka o przeżycie (odczuwanie strachu przed możliwością śmierci, zdawanie sobie sprawy ze stopnia zagrożenia życia, odczuwanie bezradności wobec zaistniałej sytuacji zdrowotnej),
- wyobrażenie śmierci (w związku z odczuwanym bólem, pesymistycznym obrazem przyszłej sytuacji zdrowotnej pojawia się chęć przerwania życia poprzez samobójstwo),

- zaburzenia myślenia (doświadczenie przymusu myślenia na tematy przykre, związane z kalectwem, myślenie to jest chaotyczne i nieuporządkowane, co jeszcze bardziej wzmacnia brak jakiegokolwiek stabilności życiowej),
- odczucia fantomowe (poczucie dezorientacji we własnym ciele, doświadczenie nierealności występującego uszkodzenia ciała),
- lamentowanie (nie zawsze ujawniane przed innymi, ciche skarżenie się na swój los, „opłakiwanie” przed samym sobą utraty „normalnego” ciała),
- próby zrozumienia kalectwa (irracjonalne obwinianie siebie, innych lub losu za to, co się stało; konstatowanie, że przy istniejącym uszkodzeniu ciała dalsze życie nie ma sensu),
- wyobrażenie ciała (traktowanie uszkodzonego fragmentu ciała jako czegoś obcego, próby usunięcia tego fragmentu ze świadomości, obawy o to, czy nie nastąpi rozwój procesu chorobowego, jeszcze bardziej deformującego ciało),
- samotność (odczuwanie niezrozumienia i obojętności ze strony innych osób, w tym także osób bliskich, lęk przed opuszczeniem przez wszystkich, a szczególnie przez partnera seksualnego),
- przewidywana utrata pełnionych ról społecznych (martwienie się o dalszą egzystencję społeczną własną i rodziny, odczuwanie własnej zbędności społecznej),
- przewidywana utrata pracy (odczuwanie utraty niezależności materialnej, lęk przed niezdolnością do pracy) [Kohl 1984; 28; s. 76–77].

Nie każda osoba tracąca sprawność organizmu przeżywa wszystkie wymienione problemy. Niektórzy pacjenci z niewydolnością serca mówią o lęku i strachu przed śmiercią; wyobrażaniu sobie śmierci lub tego, że kiedy będzie konieczna transplantacja serca, oni nie doczekają; lamentują; próbują zrozumieć uszkodzenie swego organizmu; wyobrażają sobie swoje serce, układ krążenia; mówią o samotności, zmianie ról społecznych i wspomnianej już utracie pracy. Niestety, te negatywne przeżycia często łączą się z przeżywaniem lęku.

Sądzę, że aby lepiej zrozumieć lęk przeżywany przez chorych na niewydolność serca, można umiejscowić go w ramach teorii lęku przedstawionej przez S. Rachmana [16]. Poniżej przedstawiam próbę podstawienia dla każdej sekwencji lęku sygnałów i pojęć wiążących się z lękiem przeżywającym przez tych pacjentów.



Rycina 1. Model lęku

Źródło: S. Rachman 2005, s. 36.

Wzbudzenie i przeżywanie lęku składa się z wielu elementów, przy czym zgodnie z modelem traktuję lęk jako proces. Zakłada się, że ludzie mają różną skłonność do doświadczania lęku. Według S. Rachmana [16], w sytuacji potencjalnie zagrażającej osoby bardziej podatne stają się nadmiernie czujne. Z taką nadmierną czujnością możemy mieć do czynienia wśród osób chorujących na niewydolność serca – ze względu na ich stan zdrowia, przeżycia związane np. z doświadczaniem silnych (pozytywnych i negatywnych) emocji są dla nich sytuacjami potencjalnie zagrażającymi. Ich nadmierna czujność po-

woduje szybkie i pełne przeszukiwanie sytuacji. Jeśli dojdzie do wykrycia zagrożenia (zmiana samopoczucia), zawężają uwagę i skupiają się na nim, czemu towarzyszy wzmożona wrażliwość percepcyjna, a nawet zniekształcenia percepcji. Osoby najbardziej podatne na lęk wykazują skłonność do błędnego spostrzegania i błędnego interpretowania zdarzeń oraz / lub do wyolbrzymiania ich wagi. W takiej sytuacji następuje zahamowanie bieżącego zachowania, co przejawia się w czujnym znieruchomieniu i wysokim pobudzeniu. Spostrzegane informacje, w tym przypadku pochodzące głównie ze źródła wewnętrznego – organizmu, są interpretowane jako oznaki zagrożenia lub bezpieczeństwa. Nadmierna koncentracja na sobie często występuje w lęku o zdrowie. Jeśli człowiek uzna, że jest bezpieczny, może kontynuować przerwane zachowanie. Jeśli natomiast rozpozna niebezpieczeństwo, powstaje lęk, po którym występują zachowania ucieczkowe, unikające lub polegające na radzeniu sobie (*coping behaviour*). W przypadku pacjentów z niewydolnością serca ucieczka w sensie dosłownym nie jest możliwa, stosują oni więc unikanie bądź strategie radzenia sobie.

Uważam, że w przypadku myślenia o tej grupie chorych warto dodać, iż podatność na lęk determinowana jest przez przeszłe doświadczenia i czynniki temperamentalne. Coraz więcej danych wskazuje na podatność mającą w dużej mierze charakter poznawczy [Eysenck, 1992; Clark, 1988, 1996; 16]. Wykrywanie sygnałów zagrożenia może być utorowane (*filtered*) przez uprzednie doświadczenia i obecne przekonania ludzi. Wspomnienia przeszłych nieszczęść i lęków, które łączą się z obecnymi przekonaniem na temat źródeł zagrażających im niebezpieczeństw, przygotowują ich do wykrywania sygnałów zagrożenia, zanim jeszcze znajdują się oni w potencjalnie zagrażającej sytuacji [ibidem]. Wydaje się mieć to zastosowanie w przypadku tych osób chorujących na niewydolność serca, które mają już za sobą kilka gwałtownych pogorszeń stanów zdrowia i powtórnych hospitalizacji. Ciekawym zagadnieniem, które w tym momencie się pojawia, jest znajdujący potwierdzenie w badaniach fakt, że pacjenci zostają powtórnie hospitalizowani, ponieważ nie monitorują objawów swej choroby i nie stosują się do zaleceń lekarskich. Można w tej sytuacji postawić hipotezę, że stan podwyższonej czujności, w jakim znajdują się każdego dnia, jest na tyle absorbujący i wyczerpujący, że chorzy nie angażują się w realizowanie zaleceń lekarskich, stosując mechanizmy obronne. Nastawiają się natomiast na monitorowanie silniejszych sygnałów, wskazujących na poważniejsze zagrożenie. I w ten sposób, w wyniku działania mechanizmów obronnych, które - jak już wcześniej napisałam - w początkowej fazie przystosowania do choroby pełnią funkcję adaptacyjną, dochodzi do sytuacji paradoksalnej, kiedy działają przeciwnie, będąc dezadaptacyjnymi. Takie wyjaśnienie wydaje się prawdopodobne, tym bar-

dziej że silne pobudzenie, unikanie, zmęczenie, błędne spostrzeżenia i mylne interpretacje utrudniają przetworzenie emocjonalne [16].

Badania nad posiadaną wiedzą o chorobie lub uszkodzeniu ciała – w tym w odniesieniu do osób po zawale serca – wykazały, że dość często występuje mechanizm zaprzeczania. Jest to bardzo ważne, ponieważ brak świadomości stanu własnego zdrowia wpływa na deformację percepcji samego siebie. Po zawale serca ok. 20% pacjentów stosuje zaprzeczanie [Croog, Shapiro, Levine, 1971; 28]. Wykazano, że pacjenci z niewydolnością serca również stosują zaprzeczanie [19]. Według Kowalika [28], brak świadomości choroby powoduje wyraźny opór przed przyjęciem informacji na temat rzeczywistego stanu zdrowia, trudności w wyjaśnieniu własnego postępowania, gdy jest ono niezgodne z oczekiwaniami otoczenia, aktywne poszukiwanie informacji zaprzeczających trwałości posiadanej niepełnosprawności. Można więc przypuszczać, że zaprzeczanie jest mechanizmem psychologicznym, tłumiącym wszystkie informacje, które mogą wywołać wysoki poziom napięcia emocjonalnego, w wyniku którego mogłoby dojść do pełnej dezorganizacji życia chorego. Z tego punktu widzenia stosowanie zaprzeczania może być korzystne.

Jednak jak pokazują wyniki badań, dotyczy to fazy adaptacji do diagnozy [19].

Wystąpienie chronicznej choroby nie wiąże się z odkryciem przez osobę niepełnosprawną od razu różnych sytuacji trudnych, jakie mogą jej przydarzyć się w przyszłym życiu. Chory, przeciwnie, skupia swoją uwagę na aktualnym położeniu życiowym i stanie zdrowia. Przeżywa ciągły lęk, napięcie, niepewność i inne przykre emocje. Zadaniem psychologa jest doprowadzenie do redukcji tych przeżyć w kontakcie z pacjentem, a także poprzez uwrażliwianie i udzielanie instrukcji dotyczących optymalnego zachowania się jego systemowi wsparcia – członkom rodziny oraz innym osobom wpływającym na stan jego zdrowia. Po upływie pewnego czasu, dzięki własnym doświadczeniom, pacjent może stwierdzić, że uszkodzenie organizmu łączy się z określonym zakresem dysfunkcyjności [28, 30]. Psycholog powinien także pracować z pacjentem nad posiadanym przez niego obrazem choroby. Jest on znaczącym czynnikiem, odzwierciedlającym się w zachowaniu chorego, pobudzając lub opóźniając jego aktywność zdrowotną. Może on także wpłynąć na wybór strategii radzenia sobie z chorobą. Obraz własnej choroby pozwala na dokonywanie przewartościowań odnoszących się do istoty i wartości życia, sensu cierpienia, miejsca i roli człowieka na świecie. Na ukształtowanie się obrazu własnej choroby istotny wpływ wywierają odczuwane przez pacjenta emocje, a zwłaszcza lęk o zdrowie i życie oraz obawa o przyszłość najbliższych i ustabilizowanie się jego trudnej sytuacji życiowej [9]. Sytuacje takie, jak poważna choroba somatyczna, sprzyjają przemyśleniom dotyczącym sensu życia i cierpienia, ważne jest więc, by pacjent posiadał jak najbardziej pełny

i zrozumiały obraz swej choroby. Różne mity i niewiedza są źródłem dodatkowego lęku. Z punktu widzenia psychologa istotna wydaje się jeszcze jedna kwestia – dynamiki lęku u chorych z niewydolnością serca. W świetle informacji o niewydolności serca jako „epidemii”, zagadnienie to zasługuje na szczególny program badawczy.

Bibliografia

[1] Sadowski J., Wierzbicki K., Kapelak B., Przybyłowski P. (2004), *Chirurgiczne metody leczenia niewydolności serca*. w: J.S. Dubiel, J. Korewicki, T. Grodzicki (red.), *Niewydolność serca*, Via Medica, Gdańsk.

[2] MacMahon K.M.A., Lip G.Y.H. (2002), *Psychological factors in heart failure: a review of the literature*, Arch Intern Med; 162:509–516.

[3] Sobański P. (2006), *Porównanie nieinwazyjnego pomiaru pojemności minutowej metodą opartą na analizie gazów oddechowych ze standardowymi metodami inwazyjnymi u pacjentów z zaawansowaną niewydolnością serca*, niepublikowana rozprawa doktorska, CM UMK Toruń.

[4] Surdacki A. (2004), *Zaburzenia czynności śródbłonna naczyniowego w niewydolności serca*, w: J.S. Dubiel, J. Korewicki, T. Grodzicki (red.), *Niewydolność serca*, Via Medica, Gdańsk.

[5] Scheidt S. (1998), *A whirlwind tour of cardiology for the mental health professional*, w: *Heart & Mind. The practice of cardiac psychology*, R. Allan, S. Scheidt (red.), American Psychological Association, Washington.

[6] Kurylo M., Elliot T.R., DeVivo L. i wsp. (2004), *Caregiver Social Problem Solving Abilities and Family Member Adjustment Following Congestive Heart Failure*, Journal of Clinical Psychology in Medical Settings; 11: 151–157.

[7] Korewicki J., Leszek P., Kopacz M. (2004), *Epidemiologia i aktualny stan w zakresie postępowania w niewydolności serca*, w: J.S. Dubiel, J. Korewicki, T. Grodzicki (red.), *Niewydolność serca*, Via Medica, Gdańsk.

[8] Szachniewicz J., Petruk-Kowalska J., Kaczmarek A. i wsp. (2000), *Niewydolność serca – rosnący problem współczesnej kardiologii*. *Służba Zdrowia*, 75–77.

dostępne na stronie: www.sluzbazdrowia.com.pl/html/more2968d.php

[9] Gałuszka A. (2005), *Człowiek przewlekle chory. Aspekty psychoegzystencjalne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.

[10] Heszen-Niejodek I., Wrześniewski K. (2000), *Udział psychologii w rozwiązywaniu problemów zdrowia somatycznego*, w: J. Strelau (red.), *Psychologia*, t. 3. GWP, Gdańsk.

- [11] Pilecka B. (2004), *Kryzys psychologiczny. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- [12] Arnold R, Ranchor A.V., Koëter G.H. i wsp. (2005), *Consequences of chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure: The relationship between objective and subjective health*, *Social Science & Medicine*, 61: 2144–2154.
- [13] Yu D.S.F., Lee D.T.F., Woo J. i wsp. (2004), *Correlates of psychological distress in elderly patients with congestive heart failure*, *Journal of Psychosomatic Research*; 57: 573–581.
- [14] Majani G., Pierobon A., Giardini A. i wsp. (1999), *Relationship between psychological profile and cardiological variables in chronic heart failure*, *European Heart Journal*, 20: 1573–1586.
- [15] Kępiński A. (2002), *Psychopatologia nerwic*, Wydawnictwo Literackie, Kraków. Oparte na wydaniu z 1973, PZWL.
- [16] Rachman S. (2005), *Zaburzenia lękowe*, GWP, Sopot.
- [17] Kępiński A. (1987), *Lęk*, PZWL, Warszawa.
- [18] British Heart Foundation, *Heart Failure. 2002*: dostępne na stronie: www.bhf.org.uk.
- [19] Murberg T.A., Gill F., Bru E. (2004), *Avoidance coping styles predict mortality among patients with congestive heart failure: a 6-year follow-up study*, *Personality and Individual Differences*. 2004; 36: 757–766.
- [20] Holt M., Ashton – Shaeffer C. (2001), *Therapeutic recreation's role in meeting the needs of heart transplant patients*, *Parks&Recreation*, May. www.findarticles.com/cf_0/m1145/5_36
- [21] Zieliński T. (2004), *Strategia postępowania w niewydolności serca*, w: J.S. Dubiel, J. Korewicki, T. Grodzicki (red.), *Niewydolność serca*, Via Medica, Gdańsk.
- [22] Scheridan Ch.L., S.A. Radmacher (1998), *Psychologia zdrowia. Wyżwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, Wydawnictwo Instytutu Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa.
- [23] Gulla B., Siwińska J. (2004), *Psychologiczne konsekwencje inwazyjnych technik leczenia choroby niedokrwiennej serca*, w: *Choroba niedokrwien-na serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania*, K. Wrześniewski, D. Włodarczyk (red.). GWP, Gdańsk, 2004.
- [24] Pasic J., Sullivan M.D., Russo J. i wsp. (2004), *Lack of depression effect on platelet activation in patients with heart failure*, *Psychiatry Research*, 129: 289–292.
- [25] Koton-Czarnecka M. (2006), *Kompleksowa opieka medyczna poprawia jakość życia pacjenta*, *Puls Medycyny*. Dostępne na stronie: www.pulsmedycyny.com.pl/

[26] Carels R.A., Musher-Eizenman D., Cacciapaglia H. i wsp. (2004), *Psychosocial functioning and physical symptoms in heart failure patients. A within-individual approach*, Journal of Psychosomatic Research, 2004; 56: 95–101.

[27] Horowitz C.R., Rein S.B., Leventhal H. (2004), *A story of maladies, misconceptions and mishaps: effective management of heart failure*, Social Science & Medicine. 58; 631–643.

[28] Kowalik S. (2007), *Psychologia rehabilitacji*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.

[29] Matuszewicz K. (2006), *Psychospołeczne uwarunkowania aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych*, Projekt badawczy nr WUE/0041/IV/05.

[30] Kowalik S. (1999), *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice.

Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błeszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Alicja Szmaus-Jackowska

Instytut Psychologii, Wydział Pedagogiki i Psychologii
Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

CIERPIENIE W OKRESIE STAROŚCI

Aktualna rzeczywistość jest ukierunkowana na przyszłość. Inwestuje się teraz w młodość i ludzi młodych. Nastaly czasy, w których bardzo często wartość człowieka zależy od tego, co udało mu się zdobyć, zobaczyć, zarobić, kupić, kogo „ważnego” poznać. Jego wartość na dodatek jest również związana z tym, jak wygląda, w co się ubiera, jaki posiada samochód i czy wystarczająco modnie spędza wolny czas, np. nurkując, skacząc na banji, czy też angażując się w inne ekstremalne zajęcia. Błyskotliwość, zaradność i przedsiębiorczość, efektywność, rywalizacja, konsumpcja, umiejętność szybkiego działania i podejmowania decyzji, tężyzna i sprawność fizyczna wydają się obecnie najbardziej pożądanymi cechami i umiejętnościami w kulturze, w której żyjemy.

Nic więc dziwnego, że o starości myśli i mówi się niechętnie. Jest to temat mało popularny, wstydlivy i wydaje się też niezbyt taktowny. Dominujący obecnie punkt widzenia traktuje starość jako coś złego i jako problem zarówno dla starszych ludzi, jak i społeczeństwa, w którym ci ludzie żyją. Starość spostrzegana jest w negatywnym świetle zarówno w aspekcie biologicznym, psychologicznym, jak i społecznym. Ciało w miarę upływu czasu życia staje się coraz słabsze, mniej wydolne i zwinne, wszelkie fizjologiczne funkcje układów i narządów organizmu ulegają osłabieniu, wreszcie wygląd w coraz mniejszym stopniu mieści się w ogólnie przyjętych ramach i standardach piękności. Zwraca się również uwagę na osłabienie funkcjonowania poznawczego, a związku z tym zwiększoną zależność od innych osób, utratę poczucia wewnętrznej siły i kontroli nad otoczeniem, samotność, brak celu

w życiu, niski status materialny. Ponadto starsi ludzie mogą być postrzegani jako finansowy ciężar dla społeczeństwa (opieka medyczna) oraz stanowić obciążenie dla rodzin i opiekunów. Nie jest więc osobliwością fakt, że często słyszy się, mówi i pisze o starości jako o smutnej, okrutnej, niechcianej, nielubianej i niepotrzebnej...

W związku z tym etap starości w życiu ludzi często utożsamiany lub kojarzony jest z cierpieniem. Cierpienie to dotyczyć może wszystkich aspektów funkcjonowania człowieka: zarówno biologicznego, społecznego, jak również psychologicznego. Może być uwarunkowane bólem i dolegliwościami chorobowymi, stratą – śmiercią małżonka i innych bliskich (przyjaciół i osób z rodziny), czy wreszcie związane z konfliktem wewnętrznym opartym na upływie czasu życia, bilansowaniu, wartościowaniu tego, co zdarzyło się w życiu do tej pory.

Chcę przedstawić w swojej pracy ten ważny i naturalny dla każdego człowieka etap w życiu, jakim jest starość, i pokazać, że nie tylko zło, ubytek, zanik i zmiany inwolucyjne rządzą tym stadium życia ludzi. Starość może dawać szansę głębokiego rozwoju emocjonalnego i duchowego oraz pogłębienia więzi z innymi ludźmi. Starzejący się człowiek jest zmuszony do tego, żeby zwolnić, wziąć pod uwagę inne wartości (np. duchowe), spojrzeć na swoje życie w bardziej refleksyjny sposób, czy też uznać, że w byciu zależnym od innych ludzi i opiece, trosce od nich otrzymywanej również można odnaleźć wartość. W związku z tym nie zawsze oczywiste i należne starości jest cierpienie (często utożsamiane ze złem, karą za grzechy) i powiązane z nim smutek, żal, rozpacz i beznadzieja. Cierpienie też może mieć różne oblicza i towarzyszyć starości między innymi jako sposób przeżywania życia, doświadczania siebie, ubogacać i czynić życie bardziej wartościowym. Przejdę teraz do obiektywnego przedstawienia zmian zachodzących w okresie starości i procesie starzenia się człowieka, postaram się pokazać, że nie zawsze są jednoznaczne z regresem, w dalszej części pracy zaprezentuję różne sposoby rozumienia cierpienia oraz skoncentruję się na istocie i rodzaju cierpienia w okresie starości.

Starość w życiu człowieka

Chociaż proces starzenia się jest zwykle rozpatrywany jako zanik osiągnięć rozwojowych, utrata szans na przyswojenie nowych jakości psychicznych [1], to starość jest zdecydowanie jednym z etapów rozwoju człowieka. Po pierwsze dlatego, że cechą charakterystyczną tego okresu jest wyraźna różnica między fazą poprzedzającą starość a samą starością, charakteryzującą się określonymi zmianami ujawniającymi się w funkcjonowaniu psychicz-

nym i fizycznym organizmu. Po drugie, należy uznać, że stadium starzenia się jest zdeterminowane w znaczący sposób poprzez wcześniejsze okresy rozwojowe, a przede wszystkim przez okres dorosłości. Starość nie pojawia się w pustce czasowej. Osiągnięcia rozwojowe dzieciństwa, młodości i dorosłości kształtują ludzi w określony sposób, różnicują ich osobowości, indywidualizują ich dokonania życiowe. Pojawienie się procesu starzenia odnosi się do tych osiągnięć rozwojowych, modyfikuje je, powodując, że ogólne prawidłowości rozwoju są w indywidualnych przypadkach ludzi dostosowane do ich wcześniejszego stanu psychofizycznego. Po trzecie, należy przyjąć, że zmiany wywołane procesem starzenia się są wszechstronne, tj. obejmują swoim zakresem bardzo różne wymiary funkcjonowania ludzi. Chodzi o to, że ten okres rozwojowy, podobnie jak okresy wcześniejsze, charakteryzuje się globalnymi zmianami w funkcjonowaniu organizmu, psychiki oraz zmianami w odpowiednich rolach społecznych. Po czwarte, należy założyć, że wejście w fazę starości nie jest procesem gwałtownym. Poprzedza tę fazę okres przygotowawczy. Może on również wpływać na to, jak będzie przebiegał cały proces starzenia się ludzi. Przebieg procesu starzenia się jest uwarunkowany zasobami genetycznymi oraz warunkami środowiska życiowego [2].

Bardzo ogólnie można powiedzieć, że starość może być przez ludzi rozpoznawana na poziomie subiektywnym i obiektywnym. W pierwszym przypadku starością jest taki stan człowieka, który on sam lub inni ludzie rozpoznają jako ostatnią fazę własnego życia lub jako nową w stosunku do dorosłości fazę życia cechującą się określonymi właściwościami. W drugim przypadku, starością jest charakterystyczny stan człowieka, u którego można rozpoznać obiektywnymi metodami pewne nowe właściwości morfologii i funkcjonowania organizmu, a także nowe cechy działania funkcji psychicznych (poznawczych oraz emocjonalno-motywacyjnych). Należy zauważyć, że nie zawsze te dwa kryteria rozpoznawania starości doprowadzają do podobnych rezultatów. Człowiek może czuć się osobą starą, ale nie musi być rozpoznawany jako taki przez innych ludzi. I odwrotnie, ktoś inny nie musi siebie rozpoznawać jako osobę starą, chociaż będzie charakteryzował się zbiorem właściwości, które mogą świadczyć o wyraźnych zmianach starczych organizmu i umysłu.

Nauka najczęściej posługuje się obiektywnymi miarami starzenia się i starości. Przy czym sprawą podstawową jest tutaj rozpoznawanie objawów starzenia się. Za Stuart-Hamilton [3] można wyróżnić uniwersalne i prawdopodobne (możliwe) symptomy starzenia się. Pierwsze z nich, czyli te, które w pewnym stopniu dotyczą wszystkich ludzi starszych, traktuje się jako konieczne, aby można rozpoznać człowieka znajdującego się w ostatniej fazie życia (np. osłabienie uwagi, zmarszczki na skórze). Drugie natomiast mogą, ale nie muszą występować w każdym przypadku u starzejącej się osoby (np. artretyzm, reumatyzm). Stuart-Hamilton [3] mówi również o odległych

i bliskich efektach starzenia się. Pierwsze z nich są niejako zapowiedzią dalszych zmian starczych (niewielkie zaburzenia pamięci mogą świadczyć o rozwijającej się demencji). Drugie są objawami wywołującymi bezpośrednio konsekwencje wynikające ze starości (np. złamanie nogi związane z odwapnieniem kości wywołuje większą bezradność życiową osoby starszej niż osoby młodszej). Ten sam autor wyróżnia jeszcze pierwszorzędowe, drugorzędowe i trzeciorzędowe objawy starości. Pierwsze z nich traktuje jako typowe zmiany starcze dotyczące ciała. Drugie odnoszone są do chorobowych zmian, które z dużym prawdopodobieństwem występują u osób w starszym wieku. Trzecie to objawy pojawiające się w ostatnim okresie przed śmiercią – nagła i widoczna fizycznie zapaść bezpośrednio poprzedzająca śmierć. Wszystkie te zmiany poprzedzają proces umierania.

Jak widać, trudno w tej chwili znaleźć jakieś proste kryteria objawowe, które powszechnie służyłyby do rozpoznawania stadium starości. Dlatego w praktyce najczęściej badacze posługują się kryterium wieku chronologicznego. Z tym jednak również jest problem. Poszczególni badacze lokalizują początek starości w różnych momentach czasu życia. Najczęściej jest to wiek 65 lat. Jednak niekiedy data ta jest inaczej określana dla kobiet i dla mężczyzn [4].

Poza wiekiem chronologicznym inną popularną cezurą początku starzenia się jest wiek socjalny. W tym przypadku uznaje się, że starość rozpoczyna się w momencie zakończenia pracy zawodowej. Przejście na emeryturę określane jest odpowiednimi przepisami prawa i są one różne w różnych krajach. Dlatego też trudno uznać to kryterium za miarodajne w tym zakresie. Przepisy prawne są często realizacją określonej polityki państwa. Przy nadwyżce siły roboczej dąży się do umożliwienia ludziom wcześniejszego przechodzenia na emeryturę, często wbrew ich woli. Przykładowo, w Polsce wielokrotnie w okresie powojennym zmieniany był odpowiedni przepis prawny określający wiek emerytalny kobiet i mężczyzn. Ostatnio wprowadza się dodatkowo różne nowe formuły prawne (np. emerytura pomostowa, praca w ograniczonym wymiarze godzin), co jeszcze bardziej zamazuje znaczenie tego kryterium. Można więc powiedzieć, że te dwa najpopularniejsze sposoby rozpoznawania ludzi w starszym wieku (wiek chronologiczny i wiek socjalny) są mało obiektywne, a więc niedoskonałe z punktu widzenia badań naukowych nad starością.

W medycynie i w psychologii dąży się do wprowadzenia kryteriów bardziej zobiektywizowanych. Dlatego też stosuje się tu określenia wieku biologicznego i wieku psychologicznego. Zgodnie z tym podejściem, zwraca się uwagę, że nie ma dużej korelacji między wiekiem kalendarzowym ludzi a zmianami degeneracyjnymi w organizmie oraz zmianami deterioracyjnymi procesów

poznawczych [5]. Osoby w różnym wieku mogą charakteryzować się mniej lub bardziej rozwiniętymi zmianami biologicznymi i psychicznymi.

O starości mówi się w kontekście całego cyklu życia człowieka i jest to ostatni okres życia, końcową granicą tego etapu zawsze jest śmierć. Jak pisze Trempała [6], do zmian rozwojowych zwykle zalicza się długotrwałe przekształcenia struktury psychicznej lub zachowania jednostki, które tworzą nieodwracalną i uniwersalnie uporządkowaną sekwencję zmian ukierunkowanych na osiągnięcie określonego stanu końcowego jako pewnego standardu rozwoju.

Starzenie się jest dynamicznym procesem: to stopniowe, wraz z wiekiem, zmniejszanie się aktywności biologicznej organizmu, jest to proces związany z osłabieniem funkcji regulacyjnych układu nerwowego i hormonalnego, prowadzi on do obniżenia podstawowej przemiany materii, zmniejszenia siły mięśni i szybkości przewodzenia impulsów nerwowych, zaburzeń pamięci (głównie w postaci utrudnionego zapamiętywania nowych wydarzeń).

Człowiek jest istotą, która rozwija się przez całe życie, zarówno pod względem umysłowym, jak i duchowym. W okresie starości człowiek również dokonuje nowych spostrzeżeń, może nauczyć się jeszcze czegoś nowego, mimo osłabienia pamięci i innych czynników mających wpływ na proces zapamiętywania i uczenia się. Jak pisze Szuman [7], w rozwoju psychicznym człowieka rozróżnić można dwie linie rozwoju: linię podstawową i pierwszą oraz wtórną, będącą nadbudową pierwszej podstawowej.

W zakresie pierwszej linii rozwojowej organizm duchowy aktualizuje, rozwija i udoskonala mniej lub bardziej samodzielnie podstawowe swoje funkcje i czynności psychiczne: pamięć, uwagę, wyobraźnię, zdolności poznawcze, nastawienie i przywiązania uczuciowe oraz dążenia i chcenia, zorganizowane przez wolę coraz bardziej świadomą swoich celów i swych możliwości.

W zakresie podstawowej linii rozwojowej psychika danej jednostki zdobywa orientację w świecie istot i rzeczy, wśród których żyje, i w rzeczywistości, którą musi przeniknąć, żeby się do niej przystosować i zaspokoić swoje potrzeby.

W zakresie drugiej linii rozwojowej, która przebiega na wyższym poziomie niż pierwsza, psychika jednostki rozwija się dzięki wpływom cywilizacji i kultury środowiska społecznego, w którym żyje (język, pismo, sztuka, wiedza, religia, obyczaje, prawo).

Pierwsza z tych linii rozwojowych prowadzi jednostkę do coraz lepszego i dojrzałego przystosowania się do życia w ogóle, druga do takiego życia, jakie ukształtowała skomplikowana cywilizacja i kultura narodów europejskich. Istnienie drugiej linii rozwojowej utrzymuje umysł ludzki w stanie twórczej i postępowej aktywności również wtedy, gdy organizm przestaje rozwijać się w sensie cielesnym, a nawet w okresie starości.

Typowe dla etapu starości, nieuniknionego stadium życia człowieka, a zarazem nowe w stosunku do poprzedniego etapu rozwoju jest: nabycie refleksyjności, mądrości życiowej, szczególnej, swoistej wiedzy o świecie, a także wszelkiego rodzaju braki i słabości człowieka: deterioracje psychiczne, bezradność, postępująca niepełnosprawność fizyczna i umysłowa, zanik zainteresowań. Starość to ostatni okres życia człowieka charakteryzujący się pogorszeniem funkcjonowania i szeregiem zmian w poszczególnych układach i narządach, ma charakter statyczny.

Istnieje wiele różnych teorii starzenia się i wiele jest możliwych płaszczyzn rozważania tego zjawiska. Chcę skupić się na rozpatrywaniu pojęcia starości z trzech punktów widzenia: zmian biologicznych w organizmie starzejącego się człowieka, zmian psychologicznych i zmian społecznych.

Jeśli chodzi o biologiczne teorie starzenia się, to wszystkie one mają w zasadzie podstawy genetyczne i przyjmują, że cykl życia człowieka jest określony przez informacje zawarte w DNA. Wynika z tego, że: po pierwsze: istnieje program genetyczny, który określa górną granicę życia gatunku, po drugie: istnieją jakieś cechy charakterystyczne, które mają wpływ na różnice, które powstają w cyklu życiowym między jednostkami tego samego gatunku, oraz po trzecie: ujawnienie się podstawowego programu genetycznego może ulec zmianie pod wpływem czynników środowiskowych [4]. Głównym obiektem zainteresowania biologicznych teorii starzenia się jest analiza anatomicznych i fizjologicznych zmian w różnych okresach życia człowieka. Z biologicznego punktu widzenia starzenie rozpoczyna się bardzo wcześnie, bo już około 25–30 roku życia, to znaczy w momencie, kiedy człowiek osiąga pełną dorosłość. Biologiczna perspektywa procesu starzenia się ludzi ujmuje ten okres życia człowieka jako nieprzerwane pasmo negatywnych zjawisk: starzenie się zawsze jest równoznaczne z ubytkiem i stratą w organizmie człowieka [8, 9], innymi słowy, im starszy jest człowiek, tym gorszy jest stan jego organizmu.

Belsky [8] pisze, że istnieją określone kryteria, które kwalifikują zmiany zachodzące w organizmie dorosłych osób jako faktyczne oznaki starzenia się. To, co dzieje się z organizmem starzejącym się biologicznie, zawsze jest: niszczące (deteriorujące) – uszkodzające funkcjonowanie jednostki; postępujące – im starszy jest człowiek, tym więcej negatywnych zjawisk zachodzi w jego organizmie; wewnętrzne – zachodzi w człowieku, a nie w jego środowisku czy otoczeniu; powszechnie obecne – dotyka każdego członka społeczności ludzkiej, a koniec procesu starzenia się (śmierć) zawsze jest taki sam dla każdego człowieka.

Biologiczne starzenie się ludzi związane jest przede wszystkim z tym, że procesy kataboliczne zaczynają przeważać u człowieka nad anabolicznymi. Cały organizm ludzki wykazuje zmiany regresyjne, ponieważ nie tylko nie

odbudowuje swoich tkanek w tempie równym ich niszczeniu, lecz również nie nadąża za procesami ich odnowy i regeneracji [10, 11]. Innymi słowy, uszkodzenie struktury komórek tkanek organizmu jest główną przyczyną starzenia się ludzi. Przyjmując to za podstawę, Belsky [8] podaje dwie teorie biologicznego starzenia się ludzi, zaznaczając jednocześnie, że nie ma jednej podstawowej przyczyny starzenia się ludzi.

Pierwsza z biologicznych teorii starzenia się związana jest z „przypadkowym uszkodzeniem” (*random-damage*) wewnętrznych struktur organizmu. Zgodnie z tą teorią, istnieje kilka przyczyn starzenia się ludzi. Pierwsza z nich tłumaczy ten proces jako związany z utratą przez komórki możliwości produkcji białek, których cząsteczki są podstawą wszystkich funkcji i reakcji komórkowych; w związku z tym procesy fermentacyjne ulegają zwolnieniu i maleje ilość enzymów. Drugą z przyczyn są mutacje, czyli zmiany w strukturze DNA znajdującej się w jądrze każdej komórki ludzkiego ciała. Jeśli ta część struktury DNA, która jest odpowiedzialna za tworzenie się białek w komórce, ulegnie zmianie (zostanie zmutowana), a komórkowe procesy naprawcze nie będą w stanie tego zlikwidować, wtedy komórka nie będzie w stanie funkcjonować tak dobrze, jak dotychczas, bądź też obumrze.

Innym sposobem wyjaśnienia biologicznego starzenia się ludzi jest teoria nazwana przez Belsky’ego programową teorią starzenia się (*programmed-aging*), traktuje narodziny, dojrzewanie, starość i śmierć jako fakty specyficznie zaprogramowane w czasie ludzkiego życia. Podzielone są zdania na temat tego, gdzie znajduje się ów „licznik czasu ludzkiego życia”, co powoduje jego włączanie i jak on działa. Zegar starzenia się i śmierci, który włącza się w odpowiednim czasie może znajdować się w strukturze DNA każdej komórki, ale może być on bardziej scentralizowany, ulokowany w systemie odpowiedzialnym za synchroniczne i właściwe funkcjonowanie wielu funkcji ludzkiego ciała. Istnieją dwa miejsca, w których może on być umieszczony: podwzgórze oraz system immunologiczny. Pierwsze z wymienionych miejsc, podwzgórze, jest delikatną strukturą w mózgu odpowiedzialną za koordynację wielu podstawowych funkcji organizmu, takich jak: jedzenie, zachowania seksualne, kontrolę temperatury ciała, czy też ekspresję emocjonalną. Ma również kluczową rolę w regulowaniu fizycznego wzrostu człowieka, rozwoju seksualnym i reprodukcji ze względu na bezpośredni udział w produkcji hormonów. Brak produkcji hormonów powoduje u kobiet zaprzestanie zdolności rozrodczych i początek menopauzy. Wpływ efektów działania podwzgórza, czyli odpowiedzialność za wydzielanie hormonów, na inne organy powoduje, że jest on regulatorem (wyzwalaczem) pozostałych oznak procesu starzenia się. System immunologiczny natomiast znajduje się w całym ciele w różnorodnych zespołach tkanek. Jego podstawowym zadaniem jest ochrona organizmu człowieka przed szkodliwymi czynnikami z zewnątrz. W zetknięciu z obcymi, szkodli-

wymi substancjami, takimi jak mikroorganizmy, czy też w przypadku powstawania np. nowotworu, system immunologiczny reaguje bardzo szybko produkując przeciwciała. Grasica, gruczoł zaangażowany w działanie skomplikowanego systemu immunologicznego, zanika powoli w czasie dorosłości. Sugeruje się, że ten właśnie gruczoł jest regulatorem rytmu starzenia się.

System immunologiczny ma dwie ważne funkcje: rozpoznanie obcych, szkodliwych dla organizmu substancji i unieszkodliwienie ich oraz zidentyfikowanie i oszczędzenie własnych komórek ciała. Kiedy system immunologiczny starzeje się, ubytki są widoczne w obydwu wymienionych obszarach funkcjonowania. Tłumaczy to zjawisko, dlaczego starsi ludzie są bardziej podatni (wrażliwi) zarówno na nabywanie, jak i umieranie z powodu infekcji, wirusów oraz chorób nowotworowych. Niedostatki i braki w funkcji rozpoznawania własnych komórek ciała mogą spowodować, że system immunologiczny sam siebie zaatakuję. To zjawisko, nazywane „odpowiedzią autoimmunologiczną”, jest kluczowe w poszukiwaniu przyczyn chorób wieku starczego, tak rozmaitych jak cukrzyca, demencja starcza, czy też choroby nowotworowe.

Psychologiczne teorie starzenia się zwracają uwagę na procesy i zmiany zachodzące w starzejącym się człowieku pod wpływem wieku. Dotyczą one zdolności adaptacyjnych. Zmiany te odnoszą się do drugiej połowy życia i są zarówno intraindywidualne, czyli dokonują się w jednostce, jak i interindywidualne, czyli możliwe do zaobserwowania u osób w różnych grupach wieku. Psychologiczne starzenie się, jak pisze Susułowska [4], dotyczy postaw ludzi starszych wobec samego siebie i otoczenia, wpływu kultury na obraz starości, stereotypów starości funkcjonujących w różnych społeczeństwach, poziomu sprawności osób starszych w różnych sferach ich funkcjonowania, stałości bądź zmienności cech osobowości pod wpływem czasu. Starzenie się dotyczy również zmian zachodzących z wiekiem w zakresie zdolności psychomotorycznych, uczenia się, zapamiętywania, myślenia i umiejętności rozwiązywania problemów, motywacji i emocji, czyli czynników tworzących osobowość człowieka [10].

Największym zmianom i zakłóceniom podlega system pamięci krótkotrwałej, co powoduje, że zmniejszają się możliwości bezpośredniego odpamiętywania informacji, ponieważ osoba starsza jest bardziej podatna na działanie bodźców rozpraszających [12]. W tym właśnie okresie życia mózg potrzebuje dużej ilości informacji o elementarnych procesach molekularnych, lecz ze zjawiskiem tym łączą się zmiany zachodzące w organizmie wraz z wiekiem człowieka oraz jego wydajnością umysłową na poziomie myślenia abstrakcyjnego. Myślenie osób starszych ma postać postformalną, rozwiązują i podejmują one problemy wymagające więcej niż jednego rozwiązania, akceptacji wieloznaczności i sprzeczności oraz uwzględnienia realiów życia. Myślenie ludzi starszych cechuje jednak mądrość, przejawiająca się bogactwem doświadczeń ży-

ciowych i rozumieniem świata przez ich pryzmat [Smith i Baltes, 1990, 12]. Starzenie się ma również niekorzystny wpływ na proces uwagi. Pogarsza się zdolność do syntetyzowania informacji o obiekcie, jak również koncentracja uwagi. Ludzie starsi szybciej ulegają zmęczeniu, a tym samym popełniają błędy w toku wykonywania zadania; wydłuża się czas reakcji, co jest szczególnie widoczne w zadaniach wymagających złożonej odpowiedzi, zjawisko wydłużania się reakcji nie występuje w wypadku bardzo dobrze wyuczonych czynności [Salthouse 1985, 12].

Funkcjonowanie intelektualne również ulega pogorszeniu w toku procesu starzenia się. Obniżeniu ulega inteligencja płynna, związana z wrodzonymi kompetencjami intelektualnymi, natomiast inteligencja skryształizowana, oznaczająca kompetencje nabyte w toku edukacji, wykazuje tendencję do wzrostu lub utrzymywania się na stałym poziomie w całym okresie dorosłego życia [Horn 1982, 12].

Jednak obniżenie zdolności poznawczych nie może być uważane za nieuchronną składową starzenia się człowieka. Niektórzy ludzie utrzymują sprawność poznawczą nawet w bardzo późnym wieku. Starzenie się psychologiczne trzeba traktować jako proces bardziej selektywny niż globalny, jest on ponadto podatny na działania kompensacyjne [13]. W miarę postępującego procesu starzenia się organizmu działania kompensacyjne nie mogą obejmować wszystkich sfer aktywności i są coraz bardziej selektywne. Proces ten nazwano „selektywną optymalizacją”, jego przejawem jest zachowanie przez niektórych starszych ludzi wysokiej sprawności w zakresie uczenia się, zapamiętywania czy myślenia. Starzejący się mózg może zachować zdolność przystosowania się w reakcji na bodźce i chociaż poszczególne funkcje poznawcze ulegają osłabieniu, pewne funkcje rozwijają się wraz z wiekiem i są zdolne kompensować te, które osłabły, co więcej, niektóre funkcje poznawcze, takie, jak np. zakres słownictwa, rozwijają się wraz z wiekiem. Starsi ludzie, którzy są aktywni społecznie i korzystają ze źródeł dodatkowych informacji, rozwiązując codzienne problemy, także wykazują zdolność kompensacji [14]. Mówiąc o psychologicznym starzeniu się człowieka, o zmianach w sferze motywacji i emocji trzeba wspomnieć o tym, że starość stanowi okres refleksji nad życiem jako całością. Osoby starsze dokonują wartościowania bilansu życiowego i globalnej oceny swojego życia.

Wreszcie teorie dotyczące starości społecznej rozpatrują takie czynniki, jak: utrata określonych ról społecznych, znaczenie środowiska społecznego, rola rodziny i postawy społeczeństwa wobec ludzi starych [4]. Społeczne starzenie się człowieka związane jest przede wszystkim ze zmianą bądź modyfikacją pełnionych ról społecznych. Okres ten w życiu człowieka wiąże się z utratą wielu dotychczasowo pełnionych ról, lub też z zamianą ich na inne. Niewątpliwie najważniejszą rolą, którą traci osoba starsza, jest rola pracow-

nika zawodowego, czyli przejście na emeryturę. Społeczna perspektywa procesu starzenia się ludzi ujmuje ten okres życia jako czas zarówno dotkliwych strat, jak i zysków w tej sferze funkcjonowania.

Jedną z teorii akcentujących przede wszystkim straty jest teoria deprywacji lub model deficytu, mówiący, że z wiekiem, zwłaszcza po ukończeniu trzydziestego roku życia, ustępuje intelektualna zdolność uczenia się oraz osiągnięć. Model ten zakłada ustępowanie umiejętności intelektualnych w okresie starości jako stałą prawidłowość i sprzyja deficytowemu, stereotypowemu interpretowaniu starzenia się (np. starość utożsamiana jest z chorobą, słabością, niezdolnością do osiągnięć itd.).

Inną wizję starości przedstawiają Cummings i Henry ([1],15), formułując koncepcję wyłączenia się lub wycofywania. Charakterystyczną cechą człowieka w starszym wieku jest „wyłączanie się”, tzn. brak zaangażowania emocjonalnego, aktywności oraz niechęć do podejmowania nowych zadań i obowiązków, rozluźnienie i osłabienie więzi społecznych. Stwierdzili oni, że stopień i różnorodność interakcji zmniejsza się z wiekiem, zmianom tym towarzyszą zmiany percepcji świata społecznego; „przestrzeń życiowa” ludzi w starszym wieku zawęża się coraz bardziej, zmniejsza się także zakres zainteresowania życiem społecznym; miejsce zainteresowania innymi w społecznej przestrzeni życiowej zajmuje zainteresowanie samym sobą, a miejsce troski o drugich zajmuje obojętność wobec wszelkich spraw życiowych [16]. Jednak wyniki badań empirycznych nie potwierdzają tych teorii. Hans H. Selye [1978, s. 16] wiąże natomiast proces starzenia się ze stresem. Starzenie się jest bowiem wynikiem sumy oddziaływań wszystkich stresów, na które człowiek był narażony w ciągu całego życia.

Istnieją jednak również społeczne teorie starzenia się, które akcentują pozytywne aspekty starości i kładą nacisk na zyski i zasoby, które mogą być udziałem starzejącego się człowieka. Jedną z takich teorii jest koncepcja aktywizacyjna, która przyjmuje, że możliwości osób starszych są zdecydowanie większe od tych, które prezentują one na co dzień w swoim postępowaniu [Butler, Lewis 1982, 15]. Jednak stereotypy społeczne dotyczące starości koncentrują się przede wszystkim wokół pogarszania się codziennego funkcjonowania, kondycji fizycznej, zdolności umysłowych, wyglądu fizycznego [17], to powoduje, że osoby starsze rezygnują z aktywności i nie podejmują nowych zadań życiowych. Zaproponowana przez Cavana [18, s. 16] teoria aktywności osób w podeszłym wieku rozpatruje proces starzenia się jako gromadzenie się napięć związanych z koncepcją obrazu siebie, które powstają w momencie zmiany w pełnieniu ról społecznych. W związku z tym osoby starsze podejmują różne formy aktywności w celu rozładowania nagromadzonych napięć. Zwolenniczką teorii aktywności była również Charlotta Büchler [19], która zwróciła uwagę na kulturowe znaczenie aktywności, jako wartości cenionej spo-

lecznie. Podkreślała również to, że człowiek czuje się najlepiej wówczas, gdy może żyć w rytmie: praca – czas wolny, dlatego też osoby w podeszłym wieku powinny mieć okazję do sensownej społecznie działalności i aktywności, wreszcie stwierdziła, że bez względu na dotychczasową aktywność życiową, zbliżający się kres życia zmusza ludzi do indywidualnego zastanowienia się nad sensem życia i śmiercią. Wreszcie orientacja historyczna S. Kowalika [20] zwraca uwagę na to, że los człowieka w fazie starzenia się jest uzależniony w dużym stopniu od wcześniejszych okresów życia.

Poziom intelektualny, sprawność fizyczna, posiadane doświadczenia życiowe oraz kompetencje społeczne, które człowiek gromadzi w młodości i dorosłości (a jest to uzależnione od warunków społeczno-historycznych, charakterystycznych dla kolejnych pokoleń ludzi), wpływają na stan bio-psycho-społeczny w okresie starości. Jeśli w tych wcześniejszych etapach życia osoba starsza zgromadzi wystarczająco duże zasoby psychiczne, to w fazie starzenia może za ich pomocą znacznie ograniczyć skutki starzenia się, a nawet poczynić postęp w samodoskonaleniu się.

Sposób przeżywania starości wynika z dotychczasowego biegu życia człowieka, pod warunkiem, że osoba starsza nie zostanie dotknięta chorobą uszkadzającą świadomość i zdolność do samodzielności. Starość wzrasta i narasta na okresie dorosłości, na przeszłości i na tym, kim ten człowiek był w okresie młodości i dorosłości. Niewątpliwie w okresie starości można odkryć nowe zainteresowania, uzdolnienia, można realizować pragnienia na które wcześniej brakowało czasu.

Jak wynika z powyższej analizy stadium starości i procesu starzenia się w aspekcie biologicznym, psychologicznym i społecznym, nie jest to etap życia jednoznacznie ograniczający funkcjonowanie człowieka, czy też prowadzący do zaniku i degradacji wszystkich funkcji życiowych. Z tego punktu widzenia nie można również mówić o nieuchronnym cierpieniu i ciągłym bólu związanym ze starością, tak jak często jest to przedstawiane w literaturze.

Cierpienie w życiu człowieka

Cierpienie, tak samo jak i krańcowo różna od tego stanu radość, oddziałują na jednostkę z podobną intensywnością emocjonalną i są naturalne, powszechne i potrzebne w życiu każdego człowieka. Każdy człowiek, wcześniej czy później cierpi, ponieważ cierpienie jest najpowszechniejszym zjawiskiem życia. Bardzo trudno jednoznacznie zdefiniować pojęcie cierpienia. Jak pisze S. Kowalik [21], jest to spowodowane tym, że cierpienie jest stanem subiektywnym, dostępnym w bezpośrednim doświadczeniu człowieka (tylko osoba przeżywająca ten stan ma możliwość go rozpoznać). Poza tym cierpienia ludzi

są bardzo zindywidualizowane i różnorodne, dlatego też trudno jest znaleźć przesłanki, które byłyby w stanie uwzględnić tę różnorodność i obfitość odczuć i przeżyć. Wreszcie sama osoba cierpiąca może mieć problem w dobrym uświadomieniu sobie i nazwaniu tego, co rzeczywiście przeżywa, gdy cierpi, ponieważ intensywność doznań związanych z cierpieniem jest tak duża, że trudno je zwerbalizować.

Ponadto cierpienie odnosi się często do spraw bardzo osobistych (czy to ze względu na stan zdrowia, przeżycia psychiczne, czy też relacje z innymi ludźmi), o których ludzie mówią niechętnie i do których nie zawsze chcą się przyznać [21]. Ten złożony stan psychiczny jest opisywany i analizowany na wiele sposobów. Najczęściej kojarzony jest bardzo negatywnie, utożsamiany z tragedią, łączony z niewyobrażalnym bólem, lękiem, beznadzieją i rozpaczą, rzadziej upatruje się w cierpieniu pozytywnych aspektów: możliwości rozwoju i pracy nad sobą. Skupię się teraz na opisanu najbardziej charakterystycznych sposobów pojmowania cierpienia.

Przykładowo według L. Sandrina [22], cierpienie jest jednym z czterech wymiarów zjawiska bólu, to negatywna odpowiedź emocjonalno-uczuciowa, nieprzyjemna, wytworzona w wyższych ośrodkach nerwowych przez ból i inne sytuacje, które psychologicznie go przypominają: utratę bliskich osób czy ważnych obiektów miłości, z towarzyszącą temu depresją, stresem, lękiem, frustracją.

W odczuwaniu cierpienia obecne jest zagrożenie integralności osoby, czyli strach i inne związane z nim uczucia. A. Ratajska [23], pisząc o cierpieniu, przytacza słowa G. Ravasi, który określa cierpienie jako symboliczne, co wynika z natury cierpienia. Nie jest ono „nigdy tylko fizyczne, ale symbolicznie wciąga cielesność i duchowość, zarówno «kości», jak i «duszę»; ponieważ łączy wiele znaczeń w tej samej rzeczywistości, może jednocześnie rodzić rozpacz i nadzieję, mrok i światło, może być zniszczeniem i oczyszczeniem, sprowadza do zwierzęcości [...], lecz może także przemienić, oczyszczając jak w tyglu, wydobywając bardziej wzniosłe zdolności, stając się wewnętrznym światłem i katharsis” [23; s. 38].

W koncepcji Z. Cackowskiego [24] cierpienie również współwystępuje z bólem, z tym, że jest czymś innym niż ból, a także czymś więcej niż ból. Według autora, „cierpienie jest kategorią (formą) osobistego doświadczenia ludzkiego, która odnosi się przede wszystkim (pierwotnie) do czasu pozatęrażniejszego – przeszłego lub przyszłego, gdy tymczasem ból zaczyna się od teraz, a czas przyszły i miniony jawią się w tym doświadczeniu wtórnie; cierpienie jest pierwotnie związane z przestrzenią dużą życia ludzkiego, to znaczy z przestrzenią zewnętrzną wobec organizmu [...], natomiast treścią cierpienia jest to, co się dzieje w dużej przestrzeni ludzkiego życia: w naszych związkach ze światem zewnętrznym – przedmiotowym oraz ludzkim”. Z. Cackowski [24]

pisze o cierpieniu ludzkim, że jest odwieczne i rozległe (wielowymiarowe), jest ono koniecznym faktem, wynikającym stąd, że przyroda – naturalne środowisko ludzkiego życia – zawiera źródła bólu, cierpienia i śmierci. Co więcej, „owe obiektywne źródła bólu i cierpienia na różne sposoby bywały i bywają oswajane; oswajane w działaniu praktycznym: są usuwane, blokowany jest ich dostęp do człowieka, oswaja się je kształtowaniem własnej odporności na ból i cierpienie [...], także wówczas, gdy płynące z nich cierpienia przetwarzane są w rozagę, umiar, czujność, świadomość, czyli wykorzystywane są jako narzędzia i środki wychowania lub samowychowania” [24].

Według M. Gałasia [25], z kolei cierpienie jest wszechobecne, jest wspólnym światem przeżyć, obejmującym wszystkich ludzi: dorosłych i dzieci, biednych i bogatych, wierzących i niewierzących, sprawujących władzę i władzy poddanych. Autor ten pisze również, iż warto uświadomić sobie, że ciężary cierpienia nie są równomiernie rozłożone. Są osoby i grupy społeczne obciążone nadmiernym brzemieniem cierpienia. Należą do nich często opuszczone i pozbawione możliwości zaspokojenia elementarnych potrzeb egzystencjalnych dzieci, ludzie biedni, schorowani, starzy, niepełnosprawni i upośledzeni. Źródła cierpienia człowieka są bardzo zróżnicowane i mają różny zakres. Wyznaczane jest ono przez los, przypadek lub innych ludzi. Człowiek może je także zadać sam sobie [25].

Z kolei V.E. Frankl [26] pisze, że człowiek wypełnia swój byt ludzkim sensem zawsze dzięki temu, że urzeczywistnia wartości. Można to uczynić w trojaki sposób: pierwszym sposobem urzeczywistniania wartości jest działanie, jakieś kształtowanie świata; druga możliwość polega na przeżywaniu świata, wchłanianiu, przyswajaniu sobie piękna i prawdy bytu; trzecia wreszcie możliwość urzeczywistniania wartości to cierpienie, znoszenie losu, bytu. Autor zwraca uwagę na to, że cierpienie pojawia się w wielu wymiarach istnienia człowieka: cielesnym, emocjonalnym i duchowym (noogennym).

Ponadto prawdziwe cierpienie, jak pisze A. Gałuszka [27], odnosząc się do teorii V.E. Frankla, wiąże się z dokonaniem czegoś, wzrostem siły moralnej, z bogaceniem się w prawdę i dorastaniem do siebie samego – dojrzewanie to polega na zdobywaniu wewnętrznej wolności pomimo zewnętrznej zależności. „Prawdziwie cierpieć może tylko człowiek odważny, ten, który mężnie przyjął cierpienie i umie je afirmować [...] wynika z tego, że cierpienie jest sensowne tylko wtedy, gdy osoba cierpi za kogoś lub za coś; jeżeli cierpienie stanowi cel sam w sobie, to traci ono wartość i sens; cierpienie sensowne bowiem wykracza zawsze poza siebie i jest przede wszystkim ofiarą [...] prawdziwym cierpieniem pozwalającym na urzeczywistnienie wartości wyższych jest cierpienie wynikające z autentycznego losu, cierpienie niepotrzebne zaś wiąże się ściśle z projektami świata zwanymi: eskapizmem (ucieczką od przeznaczenia) i masochizmem (cierpiętnictwem)” [Frankl 1984, 27].

Według innych badaczy, cierpienie występuje wtedy, gdy pojawia się niebezpieczeństwo dezintegracji osoby i trwa tak długo dopóki to niebezpieczeństwo istnieje lub nie nastąpi ponowna integracja oparta na nowych zasadach [Jaspers 1990; May 1973, 21]. S. Kowalik [21] pisze, że cierpienie wiąże się ściśle z całym człowiekiem: z jego warstwą biologiczną, psychiczną i społeczną; z jego przeszłością, teraźniejszością i przyszłością; z jego planami odnośnie przyszłych dokonań i bilansami tego, co zostało zrobione. Cierpienie jest reakcją człowieka na naruszenie trwałości jego osoby: sprawności organizmu, uznawanych wartości, pełnionych ról społecznych, zajmowanej pozycji społecznej, posiadanych umiejętności życiowych itd.

Jeszcze inna jest istota cierpienia, według księdza A. Posackiego [28]. Twierdzi on, że cierpienie wiąże się nieodłącznie z bólem, dramatem, złem. Pisze również, że człowiek nie zdaje sobie sprawy z tego, dlaczego cierpi, przeżywa smutek, żal i tragedię, nie rozumie, co się z nim dzieje, nie jest też świadomy tego, że sam dla siebie jest źródłem cierpienia. Doznaje bólu fizycznego i cierpienia wewnętrznego. Miota się w odruchach tłumionego gniewu i ugina pod presją poczucia winy z tego powodu. Trudno człowiekowi powiązać przyczynę ze skutkiem, dociec źródeł problemu cierpienia i znaleźć jego przyczynę. W rzeczywistości, jak pisze ks. A. Posacki [28], człowiek jest w ogromnej mierze ofiarą swojej przeszłości, rodziców, rodzinnych relacji, jest „zranionym dzieckiem”. Jako ofiary ludzie są niewinni, ale to nie znaczy, że są oni pozbawieni winy, jeśli dopuszczają do tego, by inni (własne dzieci, przyjaciele, inni ludzie) stawali się dla nich obiektem odreagowania ich emocji, dla ich zranień oraz dla ich najgłębszych i najgłębiej niezaspokojonych potrzeb. Ludzie „zarażają” innych cierpieniem. Powodują cierpienie innych ludzi. Innymi słowy, zraniony człowiek rani innych.

Diametralnie różnie o cierpieniu pisze J. Szczepański [29], upatrując w nim szansę rozwoju człowieka, jego refleksyjności, skłania człowieka do zastanowienia się nad sobą samym. Ponieważ sposób rozumienia cierpienia zaproponowany przez tego autora jest mi szczególnie bliski, powrócę do niego jeszcze w dalszej części pracy. Wreszcie definicja słownikowa [30], obejmująca powszechnie przyjęte rozumienie tego terminu, ujmuje cierpienie jako (tylko i wyłącznie!) negatywny stan psychiczny, fizyczny bądź emocjonalny doświadczany często jako ból fizyczny lub też inne nieprzyjemne doznania ciała. Cierpienie psychiczne wiąże się z doświadczaniem negatywnych emocji, takich jak lęk, poczucie krzywdy, smutek czy żal.

Z powyższej analizy wynika, że cierpienie jest bardzo różnie opisywane. Poszczególni twórcy akcentują inne, najistotniejsze według nich, aspekty tego bardzo złożonego i zindywidualizowanego zjawiska, jakim jest cierpienie człowieka. Ze względu na podjęty przeze mnie temat pracy, która dotyczy cierpienia w konkretnym etapie życia ludzi, jakim jest starość, postaram się

teraz przedstawić to, co według mnie jest najistotniejsze w spostrzeganiu tego złożonego stanu psychicznego człowieka.

Cierpienie jest pewnym sposobem przeżywania życia, doświadczania siebie. Jak pisze J. Szczepański [29], cierpienie jest najpowszechniejszym zjawiskiem życia i koniecznością rozwoju człowieka. Bez cierpienia nie ma korekty dążeń ludzkich i nie ma dążenia do doskonałości, nie ma uczenia się i nie ma refleksji nad własnym postępowaniem. Człowiek musi cierpieć, aby działać, cierpienie jest przyczyną odkrywania świata i jego poznawania. Bez cierpienia inteligencja człowieka pozbawiona byłaby kierunkowskazu. Cierpienie wreszcie było pierwszym sygnałem wskazującym różnicę między prawdą i fałszem, między dobrem i złem, między drogą właściwą i niewłaściwą [29]. Cierpienie może przyjmować różne oblicza: cierpienie po stracie, cierpienie z powodu bólu i dolegliwości chorobowych, czy też cierpienie związane z konfliktem wewnętrznym. Cierpienie po stracie jest związane nie tylko z żalobą po śmierci bliskich osób, takie cierpienie można również przeżywać w wyniku zawodu miłosnego, odejścia ukochanej osoby, czy też zdrady bliskich osób. Cierpienie z powodu bólu i dolegliwości chorobowych związane jest z uporczywością, jednostajnością i nieuchronnością bólu uniemożliwiającego normalne działanie lub wykonywanie codziennych czynności. Te dwa rodzaje cierpienia, można powiedzieć, że przynieszone przez los, są niezależne od człowieka i, jak pisze J. Szczepański [29], „możemy [takie cierpienie] tylko przetrwać tworząc inne wartości, przetwarzające ten ból [...], gdyż cierpienie, będąc ważnym, bardzo ważnym «wymiarem» człowieka, nie jest jedynym wymiarem jego życia”.

Natomiast cierpienie związane z konfliktem wewnętrznym, choć również może być przyniesione przez los, czy też niezależne od człowieka, to niewątpliwie jest mu potrzebne i niezbędne. Według K. Dąbrowskiego [31], konflikty wewnętrzne są zasadniczym elementem pozytywnym w tworzeniu hierarchii wartości, w tworzeniu wielopoziomowego psychicznego środowiska wewnętrznego oraz w budowie konkretnego ideału indywidualnego i społecznego; człowiek nie może realizować zdrowia psychicznego, w sensie zdrowia rozwijającego się bez udziału takich konfliktów; z tego też względu, jednostki przeżywające (cierpiące!) konflikty wewnętrzne, w pewnej mierze również zewnętrzne związane z pierwszymi i im podporządkowanymi, najprawdopodobniej są zdrowe psychicznie, a jednostki nie przejawiające takich konfliktów mogą być podejrzewane o upośledzenie uczuciowe lub umysłowe. Tak więc, tego rodzaju cierpienie powinien przeżyć, bądź przeżywać każdy człowiek, jest ono bowiem istotnym elementem zdrowia psychicznego. Trzeba również dodać, że o ile każdy rodzaj cierpienia może rozwijać, o tyle nie każde cierpienie jest zależne od woli człowieka.

Nastał wreszcie moment na rozważenie: czy człowiek straszy rzeczywiście cierpi i jaka jest istota jego cierpienia w okresie starości. Myślę, że nie będzie nadużyciem, jeśli powiem, że w dzisiejszej rzeczywistości zwykło się uważać, że człowiek starszy cierpi, nawet bardzo cierpi, a w związku z tym męczy się i przeżywa nieustannie (być może z małymi wyjątkami) smutek i żal. Zarówno w mediach, w Internecie, jak i w wielu pozycjach literatury można zobaczyć i znaleźć głównie obrazy, wypowiedzi bądź opisy ukazujące ból, smutek, zrezygnowanie i inne nieszczęścia pojawiające się wraz z osiągnięciem wieku starszego. W telewizji, jeśli już mówi się o starszych ludziach, to niestety głównie w kontekście walki z chorobami wszechobecnymi w rzeczywistości seniorów, braku pieniędzy na ich leczenie, biedy, niedostatku i niezyczliwości, jakiej doświadczają oni ze strony innych, często bliskich osób. W Internecie znajdują się strony bądź umieszczane są artykuły, które również bardzo często starość wiążą z cierpieniem, a cierpienie ze starością, szczególnie silne tendencje do propagowania takiej wizji widać na stronach o charakterze religijnym. Naturalną konsekwencją takiego jednostronnego przedstawiania rzeczywistości związanej z życiem starszych ludzi jest nadawanie im przez resztę społeczeństwa statusu osoby cierpiącej.

Wielokrotnie spotkałam się ze stwierdzeniem, że starość to cierpienie, cierpienie w samotności. Cierpienie to jest jednak uważane jako niepotrzebne i niechciane zło, nie dostrzega się innego, pozytywnego wymiaru cierpienia, związanego z rozwojem i ubogacaniem życia wewnętrznego. Z takiego postrzegania losu starszych ludzi wynika również sposób ich traktowania przez innych, polegający na: okazywaniu litości, współczucia i żalu, albo unikaniu związanym z niechęcią obcowania ze „zgorzkniałymi i smutnymi” (ponieważ cierpiącymi!), doświadczanymi przez cierpienie starszymi ludźmi.

Chciałabym zwrócić uwagę na to, że rzeczywistość jest trochę inna. Spotkałam bardzo wiele starszych osób, które nie uważały się za cierpiące, mimo że były chore somatycznie, niewidome, niesłyszące, czy też nie mogły się samodzielnie poruszać. Mimo że odczuwały te osoby ból, lub też inne niedogodności związane ze swoim stanem zdrowia, czy też położeniem życiowym, nie czuły się one specjalnie z tego powodu pokrzywdzone, bądź też doświadczane przez los.

Oczywiście nie można zapominać o tym, że cierpienie starszych ludzi może mieć różne przyczyny: cierpienie po stracie bliskich – małżonka, członków rodziny, przyjaciół, cierpienie z powodu bólu i dolegliwości chorobowych, tak samo zróżnicowane i zindywidualizowane może być nasilenie smutku, bólu i żalu związanych z odczuwaniem cierpienia. Osoby starsze mogą przeżywać też cierpienie związane ze zmianą położenia życiowego: przejściem na emeryturę, zmianą statusu ekonomicznego, warunków życia. Nie chcę bagatelizować, czy umniejszać wartości i powagi związanych z tym przeżyć; chcę

jednak zaznaczyć, że nie zawsze starość jest równoznaczna z cierpieniem, a ono tożsamy z niewyobrażalnym bólem, tak, jak przedstawiają to różne środki przekazu.

Na koniec chcę przytoczyć słowa amerykańskiej badaczki, Susan Turk Charles [32], szefowej projektu badań generacyjnych z uniwersytetu stanowego w Kalifornii, która pisze, że im człowiek jest starszy, tym lepsze ma samopoczucie. Badania przez nią prowadzone wykazały, że ludzie starsi potrafią filtrować swe emocje, złe oddzielać od dobrych, relatywizować i puszczać w niepamięć niedobre wspomnienia i przeżycia, a w ich świadomości pozostają w większości te dobre. Dlatego też daleka jestem od jednoznacznego stwierdzenia, że starość zawsze wiąże się z niechcianym cierpieniem: bólem, brakiem zgody na swój los, żalem i zrezygnowaniem. Nie można zapominać o tym, że taki stan może rozwijać oraz nadawać sens i wartość życiu, nie tylko starszego, ale również każdego innego człowieka.

Bibliografia

- [1] Cummings E., Henry W.E. (1961), *Growing old. The process of disengagement*, New York, Basic Books Inc.
- [2] Bee H. (2004), *Psychologia rozwoju człowieka*, Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- [3] Stuart-Hamilton I. (1994), *The psychology of ageing*, Jessica Kingsley Publishers, London.
- [4] Susułowska M. (1989), *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa.
- [5] Bromley D.B. (1969), *Psychologia starzenia się*, PWN, Warszawa.
- [6] Trempała J. (2000), *Modele rozwoju psychicznego. Czas i zmiana*, Wydawnictwo Uczelniane Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz.
- [7] Szuman S. (1985), *Studia nad rozwojem psychicznym dziecka*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- [8] Belsky J.K. (1984), *The Psychology of Aging. Theory, Research, and Practice*, Brooks / Cole Publishing Company, Monterey, California.
- [9] Schulz-Aellen M. (1997), *Ageing and Human Longevity*, Birkhäuser Boston.
- [10] Orzechowska G. (1999), *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Wydawnictwo WSP, Olsztyn.
- [11] Sękowski T. (1993), *Adaptacja psychiczna osób w podeszłym wieku do warunków życia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.

[12] Kielar-Turska M. (2000), *Rozwój człowieka w pełnym cyklu życia*, w: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 1, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

[13] Pietrasiniński Z. (1990), *Rozwój człowieka dorosłego*, Państwowe Wydawnictwo „Wiedza Powszechna”, Warszawa.

[14] Fillit H.M., Butler R.M., O’Connell A. W. i wsp. (2003), *Osiąganie i utrzymywanie vitalności poznawczej w okresie starzenia się*, *Rehabilitacja Medyczna*, t. 7, nr 3.

[15] Kowalik S. (2000), *Wspomaganie rozwoju w procesie starzenia się*, w: B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja*, Wydawnictwo Uczelniane WSP, Bydgoszcz.

[16] Zych A.A. (1999), *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice.

[17] Snyder M., Miene P.K. (1994), *Stereotyping of the elderly: A functional approach*, *British Journal of Social Psychology*, 33, 63–82.

[18] Rembowski J. (1984), *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*, PWN, Warszawa–Poznań.

[19] Büchler Ch. (1999), *Bieg życia ludzkiego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

[20] Kowalik S. (1997), *Pedagogiczne problemy funkcjonowania i opieki osób w starszym wieku*, w: W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna*, Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM.

[21] Kowalik S. (2007), *Psychologia rehabilitacji*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.

[22] Sandrin L. (2000), *Wobec cierpienia*, Wydawnictwo Jedność, Kielce.

[23] Ratajska A. (2006), *Skutki cierpienia: rozwój czy destrukcja?*, *Paedagogia Christiana* 1 (17)/2006.

[24] Cackowski Z. (1995), *Ból, lęk, cierpienie. Kategorie ludzkiego doświadczenia*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.

[25] Gałaś M. (2000), *Człowiek wobec cierpienia*, w: Romanowska-Łakomy H. (red.), *Radość i cierpienie. Fenomenologia rozwoju człowieka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn.

[26] Frankl V. E. (1998), *Homo patiens. Logoterapia i jej kliniczne zastosowanie. Pluralizm nauk a jedność człowieka. Człowiek wolny*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa.

[27] Gałuszka A. (2005), *Człowiek przewlekle chory. Aspekty psychoegzystencjalne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.

[28]

<http://www.katolik.pl/index1.php?st=artykuly&kategoria=cierpienie&s=6>

[29] Szczepański J. (1980), *Sprawy ludzkie*, Czytelnik, Warszawa.

[30] *Nowy słownik języka polskiego* (2002), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

[31] Dąbrowski K. (1979), *Wprowadzenie do higieny psychicznej*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.

[32]

<http://www.zycie.senior.pl/147,0,Starsi-ludzie-maja-lepszy-humor,2203.html>

Repozytorium



UMK

**FILOZOFICZNO-KULTUROWY
WYMIAR CIERPIENIA**

Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błeszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Jolanta Żelazna

Wydział Humanistyczny
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

POGUBIENI – OCALENI?

Uczucia, jakich na ludzki sposób doświadczamy, mają władzę nad naszymi ciałami, fizycznie przygotowując je do określonego działania, którego kierunek wyznacza afekt, nad umysłem, w którego działaniu odgrywają rolę swoistego filtra, zabarwiającego przedmioty i całe sytuacje „na różowo” („na szaro”?), a nawet nad „światem”, który pod ich wpływem potrafi jawić się nam jako cudowny rajski ogród lub istny padół łez. Doznawanie i przeżywanie przykrych, negatywnych emocji na ogół przeplata się z momentami i okresami, kiedy „świat wygląda lepiej” – taka zmienność jest zwykłą właściwością naszego życia uczuciowego. Odczuwanie wrażeń stale wiąże się z koniecznością osobistego odnoszenia się do nich, uczuciowego oceniania ich z własnego punktu widzenia, angażowania się w działania związane z ich obecnością „tu i teraz” i ze skutkami, do jakich w przyszłości mogą doprowadzić. W taki sposób uczucia mogą również „rozciągać się w czasie” i przekształcać w trwające dłużej niż chwilę nastroje. Ich wspólną cechą wydaje się „totalność” – kiedy się pojawiają, ogarniają człowieka w *całości* razem z „jego światem” i powodują, że „wszystko jest proste”, przeszkody łatwe do usunięcia, ludzie życzliwi (jeśli nie, to pewnie mają zły dzień), deszcz potrzebny roślinom (zobacz, jak się cieszą!) itd., albo *wszystko* jest bez sensu, beznadziejne i musi skończyć się źle.

Sposób, w jaki przeżywamy swe nastroje i uczucia, przewaga częstoci i natężenia emocji pozytywnych bądź negatywnych i zdolność do utrzymywania się w ogólnej „tonacji” usposobienia pozwala zaliczać jednych z nas do niepoprawnych optymistów, innych określać jako pesymistów,

a niektórym – zazdrościć ich emocjonalnej równowagi. Zastanawiamy się przy tym, jak się to dzieje i dlaczego jest tak, że pewne osoby, którym życie „postanowiło udowodnić”, iż świat jest piekłem, zsyłając na nie lawinę tragicznych doświadczeń, wystarczających, aby obdzielić nimi kilka biografii, zachowują wewnętrzną pogodę, równowagę, jakby działał w nich pewien rodzaj emocjonalnego żyroskopu i z najgorszej nawet afektywnej nawałnicy powracają do równowagi dzięki prawidłowej orientacji wobec dobra i zła. Postawieni w upodlających sytuacjach, zachowują godność, a nawet, jak można się przekonać z relacji świadków, swoją postawą potrafią przywracać poczucie godności swoim wrogom, po czym dziwią się autentycznie, gdy spotykają się z podziwem i uznaniem. W tym, co robią, nie widzą własnej zasługi i całe „zamieszanie” wokół ich osoby potrafią skwitować chociażby takim zwrotem: „tak mnie wychowano”.

Równie zadziwiające bywają postawy i odczucia tych, których życie na pierwszy rzut oka toczy się szczęśliwie, los nie smaga ich dramatycznymi zdarzeniami, nie stawia w sytuacji fatalnego wyboru między złem a katastrofą, pozwala osiągać zamierzone cele, a mimo to nie jest im dane cieszyć się ani dobrymi wspomnieniami, ani z radością planować kolejne przedsięwzięcia. Uwagi osób postronnych podsumowujące ich osiągnięcia jako godne zazdrości zbywają wzruszeniem ramion i natychmiast znajdują tysiąc powodów, by wykazać, jak ciężkie i beznadziejne jest życie. Czują się w nim niespełnieni, pogubieni, jakby znaleźli się nie na swoim miejscu i musieli grać rolę, do której są zupełnie nieprzygotowani.

Pierwszych, jak biblijnego Józefa, koleje losu wrzucają do różnych „studni”, a oni wychodzą z nich *ocaleni*; drugim pozwolono żyć spokojnie, lecz podobnie jak Ezawowi, pozbawionemu miłości matki, „wykradziono im błogosławieństwo”, a wraz z nim – całą radość i ufność, jaką przynieśli z sobą na świat. Jak Ezaw, ich biblijny archetyp, w sensie egzystencjalnym żyją w *stepie*, gdzie tylko miecz i czujność mogą zapewnić względne bezpieczeństwo; nie znajdują w niczym „zakorzenienia” i wytchnienia, stale podszyci niepokojem, *walczą z życiem*, uderzają pierwsi, byle nie dać się zaskoczyć – przecież „jest źle, będzie gorzej, aż przyjdzie najgorsze”. Nieustannie przeczuwając zagrożenie i pułapkę, przestają ufać *sobie samym*, kiedy okazuje się, że „życie podaje im rękę”. Im znośniej im się wiedzie, tym bardziej czują się „pogubieni”.

Ocaleni – „pogubieni”: dwa słowa, wyjęte z różnych słowników, pierwsze – z mowy wysokiej, języka poezji i religii, drugie z nieco nieaktualnego już slangu. Nie miałyby z sobą nic wspólnego, gdyby nie to, że oprócz prostych funkcji opisowych posiadają bogate znaczenia symboliczne, sięgające głęboko w sferę ludzkich przeżyć egzystencjalnych. Pogubić można drobiazgi; przedmioty, zwłaszcza nieduże, miewają takie przykre narowy i chowają się przed

właścicielem najczęściej wtedy, gdy są potrzebne. Zapadają się jak pod ziemię, wślizgują w sobie tylko wiadome zakamarki i przycupnięte, złośliwie milczą, kiedy przeszukując okolice zwykłego miejsca ich pobytu, zdesperowani przetrząsamy całe pomieszczenie, nawołując je po imieniu, jakby w nadziei, że usłyszą i jak dziecko, z którym bawimy się „w chowanego”, wyskoczą ze swojej kryjówki, ucieszone, że wyprowadziły nas w pole. „Okulary! Gdzie są Okulary!?” „Moje Klucze! Muszę wychodzić, a Klucze gdzieś przepadły!”

Nawoływania i poszukiwania trwają, dopóki nie jest *za późno*; rzeczy, które się pogubiły – *same*, bez naszego udziału, któż bowiem działa „na zgubę” swych Okularów lub Kluczy? – trzeba kiedyś zastąpić nowymi, gdyż nie sposób czekać w nieskończoność, aż one wreszcie raczą wyjść z ukrycia. W końcu zaopatrzeni w nowiutkie okulary i klucze możemy zapomnieć o stracie i znowu żyć „normalnie”. Nie trzeba dodawać, że jeśli nie zgubiliśmy naszych Kluczy i Okularów *ostatecznie*, tylko się pogubiły, natychmiast *same*, nie szukane, jakby na wieść o tym, że mają dublerów, łaskawie pozwalają się znaleźć, by nie powiedzieć, że patrzą na nas oskarżycielsko i czynią nieme wyrzuty – jak mogliśmy je *tak* porzucić? Okulary, nasze najlepsze Okulary do Czytania wślizgują się ze sterty gazet właśnie w chwili, gdy zamierzaliśmy je wynieść do osiedlowego pojemnika na makulaturę; rzucają się nam do nóg, jakby błagały o litość. Teraz? Dlaczego nie przed tygodniem?

Gazeta, która posłużyła im za kryjówkę, przypomina o zdarzeniach tego feralnego dnia. O telefonie i niespodziewanej wiadomości, która na całe popołudnie wytrąciła nas „z rytmu”, o niepogodzie, jaką zastaliśmy, wychodząc ochłonać na spacerze, o ubłoconym palcie, które trzeba było oddać do pralni – Jasne! Są Klucze! Teraz? Dlaczego nie przed tygodniem?

Gdyby nie telefon (mógł przecież zadzwonić chwilę później, a wtedy Klucze i Okulary spoczywałyby już na „swoich” stałych miejscach), gdyby nie *ta* wiadomość, oszczędzone byłoby nam zmartwienie i kłopot. Pociaszamy się myślą, że po raz drugi *taka* niespodzianka już się nam nie przydarzy, bo mamy zapasowe klucze i okulary – nie spodziewając się wcale, że w przyszłości pogubią się dokumenty, parasole albo – odpukać! – *sami* się „pogubimy”.

To slangowe określenie nie ma prostego literackiego odpowiednika. Wyrwane z opisów, dotyczących sytuacji ludzkiego zmagania się z drobiazgami, z rozkoja-rzeniem, zapomnieniem, a czasem nawet wyparciem pod wpływem nagłych emocji całych ciągów drobnych zdarzeń, użyte dla wyrażenia stanu wewnętrznego, trafnie, chociaż niezupełnie jasno zdaje sprawę z całokształtu położenia, opresji i nadziei, w jakich siebie niekiedy „znajdujemy”. *Pogubieni* – skrótowo, symbolicznie ujmujemy tym zwrotem stan, o którym sami pragniemy sądzić, że jest tylko chwilowy i odwracalny, zanim będzie „za późno”.

O *ocaleniu* mówić dziś właściwie nie wypada, jeśli nie chce się być posądzonym o egzaltację, albo co najmniej o przesadę. Sytuacje, z których nie ma

żadnego, nie tylko dobrego lub nieco gorszego wyjścia, zdarzają się chyba tylko na filmach, a w życiu potrafimy radzić sobie z różnymi opresjami, płacąc za wyplątanie się z kłopotów mniejszą lub większą cenę. Raz będzie to cena nowych okularów i kluczy, innym razem – utraty złudzeń albo zaufania. Pułapki, jakie zastawia na nas życie, bywają jednak niekiedy tak perfidne, że uwalniając się z nich, czasem nie możemy już dłużej pozostać „sobą”; ten lub ta, którzy wracają w końcu do zwykłych, codziennych spraw, są jakby pozbawieni czegoś, jakby czymś przytłoczeni. *Pozornie* nie zmienili się, nic im nie ubyło ani nie przybyło, może tylko zgubili gdzieś spontaniczność (ale zyskali ostrożność), są mniej otwarci (za to mają dystans do siebie, spraw i ludzi), ich zwykłą ciekawość zastąpiła rezerwa – jednym słowem stali się „nie do poznania”, jak nie ci sami. Dojrzałsi, mądrzejsi, bardziej doświadczeni, z twardym spojrzeniem, zdecydowanym głosem, z nieco przygarbioną sylwetką, z której jakby uleciało życie, częściej mówią „trzeba”, „muisisz”, „tak to już jest” niż pytają *czy chcesz?* Ci, którym nie było dane *ocalać*.

Prośby o ocalenie nie kieruje się do ludzi, nawet do tych, którzy obdarzeni zaufaniem, uznani są za autorytety. Od człowieka oczekuje się rady, wsparcia, pomocy, ratunku, jednak nie wydaje się, by leżało w jego mocy ocalenie kogoś albo siebie: tego nie można dokonać. Ocaleć można cudem; szczęśliwy traf to za mało, by wyjść z katastrofy ocalonym. Owszem, szczęśliwcom zdarza się wyjść cało z zamachu, pożaru, wypadku, ozdrowieć z choroby, nie dającej szansy przeżycia, a mimo to nie ocaleć. Ciało może nie doznać uszczerbku albo uda się je zregenerować, a jednak *człowiek nie ocalał*. Bywa też, i to wcale nierzadko, że nie znajdując nigdzie nadziei na ocalenie i nie mogąc pogodzić się z tym, że nie da się już być „sobą”, ktoś odchodzi, odmawia *siebie* światu, który nie był zdolny przyjąć go *całego* i domagał się stale, by się zmienił.

Na czym polega istota obu fenomenów? Czy są one zjawiskami psychologicznymi, czy należą do jakiegoś innego wymiaru ludzkiego istnienia, którego ślady znajdujemy w postawach osobistych, we własnych decyzjach, podejmowanych przez nas w codziennym życiu? Czy charakterystycznej dla niektórych ludzi skłonności do „gubienia się” w natłoku celów, obowiązków i zamiarów, a następnie „łapania równowagi” tylko po to, by znów się „pogubić”, nie uzasadnia przypadkiem pozapsychiczne, ukryte głębiej „zwichnięcie” w obrębie podstaw egzystencji? Czy ma ono jakiś związek z *ocaleniem*?

„Ocalenie” wskazuje wprost na *groźbę*, wiszącą nad egzystencją ludzką i wymierzoną w *związki*, scalające jej funkcjonalnie odmienne obszary. Jeśli by uznać, że istnienie na sposób ludzki różni się od zwierzęcego czymś więcej niż tylko złożonością psychofizyczną¹, to owo „więcej”, nowa jakość przewyż-

¹ Po badaniach i eksperymentach z udziałem np. szympanów, zdolnych opanować niemały zasób słów języka migowego trudno dziś radykalnie odmawiać zwierzętom „świadomości”. Dlatego

szająca swymi możliwościami potencjały psychiki i ciała, *całość*, sprawiałaby, że podstawowym celem egzystencjalnym człowieka byłoby pozostawać *sobą, ocaleć*². Zwierzęta, nawet najbardziej zbliżone do nas w swym rozwoju, troszcząc się o przetrwanie, zabiegają o zachowanie swej jedności psychofizycznej, unikają niepotrzebnego narażania się na zranienie i okaleczenie ciała, walczą o zachowanie życia. Kiedy niebezpieczeństwo mija, po pewnym czasie wracają do zwykłych zachowań, bardziej doświadczone, ostrożniejsze, lecz nie zmieniają hierarchii celów, do których będą dążyć w przyszłości. Ostrożność, doświadczenie może im kiedyś pomóc uratować się z opresji, lecz nawet jeśli wyjdą z niej „cało”, to w sensie przenośnym lub tylko fizycznym; stwierdzenie *krowa ocalała z powodzi* brzmi jak językowe nadużycie.

Tradycyjnie człowieka określano jako istotę konstytutywnie odmienną od zwierzęcia, a za podstawę jego egzystencji, odróżnionej od istnienia pozostałych organizmów, uznawano specyficzny trójczłonowy związek niesprowadzalnych do siebie obszarów, określanych umownie jako ciało, dusza (*psyche*) i duch³. Według klasycznych ujęć, duch (*pneuma, spiritus*) burzy prostą psychofizyczną jedność żywego organizmu, rozdziela ją i ustanawia nową relację, pośrednicząc między jej członami. Taka konstrukcja teoretyczna (teologiczna, jak i filozoficzna) ułatwiała wyjaśnianie wielu problemów antropologicznych, w tym kwestii cierpienia, wykraczającego w przypadku człowieka poza zakres doznań właściwych dla niższych gatunków. Nawet jeśli przeżycia zwierząt zbliżają się do ludzkich⁴, to nie osiągają stanu, możliwego tylko wówczas, gdy zagrożone jest *pozostanie całością* – stanu *rozpaczy*. Założenie triadycznego modelu egzystencji wypracowane na gruncie tradycji pozwalało również przy-

ludzkiej egzystencji nie da się już sprowadzić do jedności psychofizycznej ludzkiego ciała i typowego dla niego psychicznego „oprogramowania”, lecz jej wyróżnika szukać trzeba gdzie indziej.

² Określenie *całość* zostało tu zaproponowane celowo, jako pojemniejsze znaczeniowo od *jedności* albo *pełni*. *Jedność* wprowadza niepotrzebne skojarzenia z problemem *mind-body*, niezwiązanym z rozważanym tu zagadnieniem, z kolei *pełnia*, do której w ujęciu Jungowskim zbliżamy się pod koniec życia jako do celu dążeń rozwojowych ludzkiej psychiki, okazuje się pojęciem dwuznacznym, „wyjściowo” opisującym również stan żołądka i psychiki sytego niemowlęcia, zasypiającego w błogim odprężeniu. Psychosomatyczne i psychologiczne znaczenia tego pojęcia kierowałyby więc uwagę czytelnika w niewłaściwą stronę. *Całość* zakłada istnienie wielości elementów, a także związku, przekształcającego je w *jedność*, ponadto nasuwa na myśl *pełnię* (niepełna całość faktycznie nie jest całością) – łączy więc znaczenia tamtych pojęć bez ich zbędnych konotacji.

³ Takie określenia członów *syntezy*, którą jest człowiek, znajdziemy u prekursora współczesnej myśli egzystencjalnej, żyjącego w XIX w. duńskiego teologa i filozofa, Sørensa Kierkegaarda. Egzystencjalizm współczesny przy swym uniwersalistycznym nastawieniu unikał pojęć religijnych, dlatego zamiast o *duchu*, filozofowie woleli pisać o neutralnych znaczeniowo strukturach, takich jak *jaźń, Selbst (ja Sam)* itp. W języku polskim zwroty takie doczekały się dość nieszczęśliwych tłumaczeń (m.in. *Sobość*), dlatego dla potrzeb tego tekstu proponuję na oznaczenie trzeciego, fundamentalnego dla związku ciała i jego psychiki elementu używać zwrotu *ja sam(a)* w zwykłych jego odmianach (*mnie samego* itd.).

⁴ Że tak jest, trudno zaprzeczyć, będąc np. świadkiem walki matki o miot, a później jej bólu, poszukiwania i smutku po stracie młodych. Żadna matka zwierzęca nie przeżywa jednak *rozpaczy*, czyli *pragnienia niebycia sobą*.

puszczać, że na jego podstawie bardziej zrozumiałe staną się typowe zjawiska społeczne, jak np. zdolność rozumienia norm, regulujących relacje międzyludzkie, czy hierarchicznego uporządkowania sprzecznych wartości i celów. Czy jednak model dwuczłonowy (ciało + psychika) niewywodzący się z przesłanek religijnych, zbudowany tylko dla wyjaśniania obserwowalnych faktów i konkurujący z innymi schematami prostotą nie byłby właściwszy do opisywania osobliwości przytrafiających się naszemu gatunkowi? Zaletą teorii, niekiedy decydującą o tym, że wypiera ona starsze uzasadnienia, jest z pewnością oszczędność przy wprowadzaniu niezbędnych do jej funkcjonowania założeń i pojęć. Zasada ta dotyczy wszystkich dyscyplin wiedzy, także tych dotyczących człowieka.

Badaniem wspólnych, typowych cech, charakterystycznych dla istot ludzkich, w tym również takich, bez których nie byłoby możliwe „cierpienie egzystencjalne”, od dawna i systematycznie zajęła się psychologia. Poszczególne jej gałęzie podjęły wysiłek obserwowania człowieka już od momentu jego narodzin, a wiedzę o jego dyspozycjach, zarówno wrodzonych jak i nabywanych w procesie rozwoju, uzyskaną w wyniku systematycznych badań, obejmujących znaczącą część populacji, dyscyplina ta uczyniła podstawą teorii opisującej egzystencję ludzką na wszystkich etapach jej życia.

Jednocześnie od kilkudziesięciu co najmniej lat psychologowie prowadzą badania podłużne, dotyczące rozwoju i losów dzieci, cierpiących na przeróżne zaburzenia: adaptacyjne, rozwojowe, osobowościowe itp. Dostarczają one wielu dowodów, potwierdzających hipotezy o wpływie środowiska, opiekunów, ważnych osób i o roli matki w powstawaniu i utrwalaniu się takich zaburzeń. Czynników wyzwających je wylicza się wiele, dyskutuje się o sile ich oddziaływania i skuteczności różnych rodzajów terapii, a także o koniecznym zapobieganiu urazom psychicznym, nie tylko wśród dzieci. Śledząc nawet pobieżnie obfitą literaturę relacjonującą stan szczegółowej wiedzy o kształtowaniu się postaw człowieka wobec świata, innych ludzi i siebie samego, można zauważyć, że badania i teorie dotyczą przede wszystkim poziomu psychofizycznego. Dlatego warto postawić sobie również pytanie „filozoficzne”, a na gruncie filozofii konieczne i powtarzane w różnych wariantach od przeszło dwustu lat – „transcendentalne” pytanie o aprioryczne, źródłowe warunki, które muszą być spełnione, by z jaźni noworodka zdołała się wykształcić całościowa, w pełni ludzka jaźń.

Czy to na gruncie religii, czy niezaangażowanej światopoglądowo wiedzy wypracowanej dzięki procedurom naukowym można spotkać opinię, przyznającą jaźni ludzkiej zdolność wykraczania ponad cele li tylko życiowe i budowania bądź przynajmniej uczestniczenia w porządku celów „wyższych”, bez których życie (także ludzkie, w ekstremalnych warunkach) z powodzeniem mogłoby się obyć. Nazwano ją zdolnością (potrzebą) *transcen-*

dowania, przekraczania kondycji istoty żywej, czyli „jedności psychofizycznej”. Bez tej potrzeby nie udałoby się nikomu „pogubić się” w wirze spraw, w dobrze znanym otoczeniu, wśród bliskich osób, gdy psychika i ciało aż nazbyt sprawnie, rutynowo współdziałając ze sobą, zagłuszają *nas samych*. Bez jej współdziałania umysłu nie mogłoby wówczas ogarnąć narastające poczucie pustki, bezsensu, zatracania się *własnego* życia. Czy zdolność ta powstaje samorzutnie z prostszych dyspozycji psychicznych i ze sprawności, nabywanych w wyniku ich aktywizowania, czy też jest ona swoista i nie należy do naturalnych funkcji psychicznych, a jej działanie daje się wyróżnić już od początku jednostkowego ludzkiego istnienia?

Gdyby udzielić twierdzącej odpowiedzi na pierwszą część pytania, należałoby oczekiwać, że zdolność przekraczania porządku naturalnego będzie się ujawniać stosunkowo późno i nie da się jej obserwować wśród zupełnie małych dzieci⁵. Jeśli natomiast trzeba byłoby ją przypisać również niemowlętom, to tradycyjny, triadyczny model jaźni ludzkiej okazałby się właśnie owym *najprostszym* rozwiązaniem, uwzględniającym wszystkie i tylko te elementy jej struktury, które pozwalają wyjaśnić największą, a zarazem najbardziej zróżnicowaną grupę problemów.

Przedtem wypada sformułować jeszcze jedno pytanie: czy potrzeba przekraczania porządku naturalnego i poszukiwania „wyższego” ładu może być realizowana bezwarunkowo, tylko dlatego, że jest nam dana, czy też kluczem do jej uaktywnienia się jest jednak jakiś warunek wstępny, który – gdy nie zostanie spełniony – „zablokuje” także i jej działanie? Wydaje się, że do rozwiązania tego dylematu przybliżyć nas mogą zarówno zwykłe obserwacje, jak i prastare opisy ludzkich doświadczeń, zsumowanych na przykład w opowieści o archetypowych biblijnych bliźniętach, Ezawie i Jakubie.

Biblijna opowieść mówi, że synowie Izaaka i Rebeki, bliźniacy Ezaw i Jakub swoim przyjściem na świat sprawili rodzicom radość, nie wolną od z troskowania. Ich matka przez pewien czas trwania małżeństwa pozostawała bezpłodna, co stanowiło wystarczający powód do zgrzyoty dla obydwójga małżonków, lecz dla niej był to także powód do obawy o trwałość małżeństwa, a co najmniej o swoją w nim pozycję w wypadku, gdyby Izaak poślubił jeszcze inną kobietę. Kiedy wreszcie przekonała się, że zostanie matką, ujawnił się nowy kłopot – na świat miały przyjść bliźnięta. Niemały to problem dla uczuć matki, która wie, iż – jeśli urodzą się synowie – tylko jedno z dzieci, poczętych jednocześnie i razem wzrastających, może być potomkiem pierwotnym. Chwila narodzin, w której jeden poprzedzi drugiego, zdecyduje o całym ich

⁵ Tymczasem fakty pokazują coś innego: dzieci, nawet bardzo małe, w stanach zagrożenia życia mają świadomość śmierci, choć nigdy nie były jej świadkami i potrafią podążać ku niej, zachowując przy tym pogodny spokój, jakby stawanie się pełną Całością było czymś najnaturalniejszym w świecie.

życiu i rozdzieli ich, jednego wywyższając, a drugiego, choć na to niczym nie zasłużył, odsuwając w cień. Bliźnięta, jakby wyczuwając obawy matki, urodziły się „nierozdzielone”: pierwszego, Ezawa, drugi syn trzymał mocno za piętę. Zgodnie z tradycją plemienną i kolejnością narodzin na pierworodnego spłynęły ziemskie łaski: według prawa to jemu *należało się* błogosławieństwo ojca, gdy ten się starzał i przed śmiercią ogłaszał swego następcę, jemu przyspaść miała w udziale władza, pozycja w plemienu i stosowny spadek. Ezaw zdobył również miłość ojca; nie wypływała ona jednak z wyboru serca ani z pierwszeństwa, lecz z upodobania do zdolności chłopaka, który, gdy podrósł, nauczył się podchodzić i zabijać stepowe zwierzęta, oprawiać je i przyrządzać z nich potrawy, w których ojciec znalazł szczególne upodobanie. Wydaje się, że pierworodny otrzymał wszystko, co dziecku może być potrzebne w życiu.

Matka zaś kochała *Jakuba*. Z *Biblii* nie dowiemy się, czym podyktowany był jej wybór (jakby było oczywiste, że matkom nie wystarcza miłości i *muszą wybierać*, które dziecko nią obdarują) ani czy był spontaniczny, czy raczej wynikał ze współczucia i miał kompensować młodszemu dziecku wszelkie niedostatki, wynikające z racji jego urodzenia. Jakubowi, pozbawionemu obietnic dotyczących przyszłości, miłość matki wystarczała jako podstawa istnienia i schronienie.

Bracia rośli i tak jak różnili się fizycznie, tak różne mieli usposobienia. Starszy, ruchliwy i czerwony jak płomień, widoczny wszędzie, stale rzucający się w oczy, zamiast radować się swą pozycją „następcy”, szukał samotności i chronił się w stepie, do siedziby rodowej zaglądając od czasu do czasu. Młodszy za to, „maminsynek”, trzymał się osiedla i nie oddalał od namiotów. Ich dorastanie, choć równoczesne, przebiegało w odmiennych warunkach – starszego uczyło samodzielności, samowystarczalności i trwania w samotnym wysiłku, a młodszego współdziałania, rozumienia natury związków między ludźmi i różnicy między „macierzyńskim” prawem serca a „ojcowskim” prawem rozumu i tradycji. Prawo ojcowskie z góry zapewniało Ezawowi sukcesję władzy, a jednak to Jakub przejął ją faktycznie wraz z błogosławieństwem. Co znamienne, wcale o to nie zabiegał, nie przekonywał ojca, iż tak będzie lepiej dla rodu i plemienia – to szalony fortel matki odwrócił bieg wydarzeń i zapobiegł katastrofie grożącej na równi wszystkim. Mądrość biblijna zdaje się mówić, że kto ma miłość matki, ma też „całą resztę” – a matka *kochała Jakuba*.

Wzrastając na takiej podstawie, żyjąc „od zawsze” w bliskim osobowym związku z rodzicielką, odsunięty od „pierwszeństwa” przez wyrok prawa i w pewnym sensie skazany na życie wśród takich samych jak on, niewywyższonych, od dziecka uczył się dawać i brać, prosić i odwdzięczać się. Tylko z Ezawem trudno mu było dojść do porozumienia – tym trudniej, że starszy brat trzymając się na uboczu wcale go nie szukał, bo i po co? W jego życiu

wszystko, co najpiękniejsze, miało dopiero nadejść, a czas, gdy ojciec przywoła go i pobłogosławi, zdawał się coraz bliższy. Ezaw, którego umiłował ojciec, nie musiał zabiegać o swą pozycję – przyniósł ją z sobą na świat. Temu, kto się tak „dobrze urodził”, nie trzeba niczego więcej, wszystko czeka już, przygotowane dla niego przez tradycję. Iluzoryczność tej zasady pokazuje Ezawowi Jakub, gdy (przypuszczalnie po raz kolejny) podejmuje próbę uczynienia z niego istoty bardziej „ludzkiej”.

Oto Jakub przygotowuje posiłek, proste, zwykłe jadlo, gdy do osiedla wraca ze stepu Ezaw. Jest zmęczony, głodny, spragniony – a soczewica z ziołami pachnie tak kusząco! Prosi więc młodszego, by dał mu się posilić i napić – prośba to zwykła, ludzka i codzienna, mógłby z nią wystąpić każdy wobec każdego. Tu jednak starszy żąda od młodszego, by ten go wzmocnił, choć sam go dotąd nie wspierał. Nie taki jest porządek rzeczy, by się starsi opierali na młodszych, lecz słabsi na silniejszych – tak. Młodszy wie o tym, nie jest tylko pewien, czy i starszy rozumiał, w jakim obaj znaleźli się położeniu, powiada więc – coś za coś: posiłek za „pierwszeństwo”, niech będzie tak, jak to wynika z natury. Odpowiedź Ezawa: *po cóż mi pierworództwo, skoro jestem bliski śmierci?* brzmi w uszach Jakuba jak słowa szaleńca. Jakże to? „Pierwszy po ojcu” wraca zmęczony i godny, ale przecież nie śmiertelnie chory ani nie poraniony i w domu, otoczony krewnymi i bliskimi miałby umrzeć z głodu? Cóż on mówi? Kim trzeba być, żeby myśleć aż tak nedorzecznie?

Dalszy ciąg biblijnej opowieści dotyczy późniejszych losów braci i niezwykłego odwrócenia ich ról, gdy będą o krok od rozpoczęcia samodzielnego, społecznego życia. Historię wywyższenia Jakuba można rozwijać na wiele sposobów, podobnie, jak wiele korzyści społecznych da się odnaleźć w upadku Ezawa. Dramat ich *egzystencji* rozpoczął się jeszcze przed narodzinami, kiedy Rebeka, synowa wielkiego Abrahama, czując, że po latach bezpłodności wreszcie zostanie matką, nie potrafiła po *prostu cieszyć się macierzyństwem*, lecz martwiła się „nadmiarem” łaski – tym, że zamiast dać mężowi jednego pierworodnego syna, co zapewniłoby w prosty sposób kontynuację linii rodu, wypełnienie przymierza i obietnicy, danej jeszcze Abrahamowi, urodzi bliźnięta, zwaśnione już w jej łonie. Rebeka czuje się *nie w porządku jako kobieta*, miotana między czysto *kobięcym* „brakiem” i „nadmiarem”. Jej pierwsza rola stanowi jednocześnie *fundament* dla macierzyństwa, stanu, który nie spada jak grom z jasnego nieba, lecz zaczyna się i trwa w ukryciu brzemienności dość długo, by przekształcić i przygotować ciało i psychikę kobiety dojrzałą jedność, gotową dać *życie* następnemu pokoleniu.

Do tego jednak, by kobieta mogła *dawać życie* swoim dzieciom, a nie tylko wydać je na świat, trzeba, by *ona sama*, jako *całość*, a nie tylko jej ciało i psychika, *żyła ocalona*. Wpierw nad jej *egzystencją* musi zawisnąć „groźba”, dziewczyna musi „się pogubić” wśród obietnic, jakie składa jej życie, sprzecz-

nych celów, które kuszą łatwym spełnieniem, wyobrażeń o tym, jak ułożyłaby swój los z tym albo z tamtym adoratorem. Potem, gdy rozważa różne „za i przeciw”, czując się rozdarta i niezdolna do dokonania wyboru, należałoby pozostawić ją w „ciszy serca”, aby w *sobie samej* odnalazła to, do czego tęskni jej ciało i czemu nie sprzeciwiają się jej uczucia. Dopóki nie pojmie, że nie od zdarzeń, jakie niesie los ani nie od jego niespełnionych obietnic zależy, *kim* się jest, lecz od tego tylko, co w niej „od zawsze” czekało, aby ją stworzyć i sprawić, że zapagnie na zawsze *sobą* pozostawać, będzie błąkała się, „pogubiona” w swym przeznaczeniu, nie znajdując i nie mogąc dać nikomu oparcia. Ale gdy z *dziewczątka*, psychiki niedojrzałej i niezdolnej określić się wobec wielu scenariuszy życia, jak z kokonu wykluje się Ona, ta, która już zdecydowała się na *siebie*, można ufać, że nawet jeśli w zamęcie zdarzy się jej „pogubić”, nie *zginie*, nie rozpadnie się na ciało, żyjące swymi instynktami i psychikę, wykorzenioną z niego i bujającą w iluzjach, lecz „odnajdzie się” i „wróci do siebie”. Po to, by można było ocalić się w życiu od „zguby”, trzeba jednak znaleźć ocalenie w matce. Ezaw ani Jakub go nie znaleźli, gdyż ich matka – jak to wynika z jej historii – także nie należała do ocalonych.

W jaki sposób relacja z matką warunkuje rozwój i los dziecka? Czy biblijna opowieść o Ezawie i Jakubie to tylko epizod w kronice początków tradycji judeochrześcijańskiej, czy uniwersalna, archetypowa opowieść o tym, jak się staje tym, kim się jest?

Współczesne hipotezy zakładają najczęściej, że zdrowy noworodek, dojrzały do podjęcia samodzielnego życia, ma wykształcony złożony system komunikowania się z matką, powstający już w czasie jego życia płodowego⁶. Zgodnie z innymi założeniami nie przynosi on na świat gotowego, zogniskowanego związku „ja”, a centrum jego podmiotowości powstaje z biegiem czasu, wraz z przeżywaniem i odkładaniem się w pamięci doznań. Na tej podstawie formułuje się wniosek, że niemowlę nie odróżnia siebie od matki i „tła”, a matkę, czy raczej jej „reprezentację” jego władze mentalne konstruuje z doznań zmysłowych, na początku węchowych, smakowych i słuchowych, a później, dzięki coraz lepiej skoordynowanemu widzeniu obuocznemu, uzupełniają tak powstały „obiekt” o komponenty obrazu i specyficzne, towarzyszące obrazom wrażenia dotykowe. Niemowlę miałoby reagować odprężeniem, zadowole-

⁶ „Przez różne sygnały płód odbiera chęć i niechęć matki, jej sympatię lub odrzucenie i reaguje na nie mimiką. [...] Niektórych defcytów, jak braku tlenu (defcyt fz.) czy nienawiści matki do ciąży (defcyt psych.), nie udaje mu się skompensować. W okresie ciąży dziecko uczy się reagować na gesty pełne miłości (np. głaskanie przez skórę brzucha lub uspokajający śpiew matki), ujawniając swoje zadowolenie przez mimikę”. Zob. H. Benesch, *Atlas psychologii*, t. II, Prószyński i S-ka, Warszawa 2005, s. 313. Zdarza się, że po narodzinach dziecko musi związać się z inną osobą, która będzie w jego życiu „pełniła rolę” matki. Jest to jednak przypadek szczególnie i komplikujący tok wywodu, dlatego uwzględniam go jedynie jako „kontrast” podkreślający cechy typowego związku matki i dziecka.

niem, uczuciem przyjemności i radością nie na *osobę matki* obecną w żywym kontakcie, lecz na jej *reprezentację* daną w strukturach jego systemu nerwowego. Taka reprezentacja, budowana przez coraz sprawniejszy układ nerwowy dziecka staje się według tej teorii „pierwszym przedmiotem”, w opozycji do którego może zacząć się krystalizować jego „ja”, jako centrum podmiotowości niemowlęcia.

Jeśli pobudzenia sensoryczne mogłyby wystarczać do powstania u dziecka „reprezentacji obiektu” i reakcji (poprzedzonej odczuciem?) *odprężenia* w chwili, gdy ta „reprezentacja” się pojawia, to odczucie takie można by dość łatwo wywoływać u niego sztucznie, „konstruuując reprezentację matki” poprzez dostarczenie niemowlęciu stosownych wrażeń: odtwarzając nagranie jej głosu, karmiąc je jej pokarmem z butelki, układając je w pościeli, przesiąkniętej jej zapachem itd. W przypadku reżusów, poddanych tego rodzaju eksperymentom, udawało się po pewnym czasie (potrzebnym przypuszczalnie do zatarcia w pamięci zwierząt „reprezentacji” ich matek) wykształcić nawet więź z pluszową „matką zastępczą” – jednakże w przypadku dzieci, które tracą matkę⁷ obserwuje się inny rodzaj zachowań, pokazujący ich *dezorientację* i czysto ludzkie, egzystencjalne cierpienie, które trudno uznać za projekcję dorosłego obserwatora. I w jednym, i w drugim przypadku *utrata* „matki” wywołuje daleko idące skutki, które u małych zacierają się szybciej i pozostawiają nieco mniej śladów w ich późniejszym życiu, a w przypadku dzieci – co dziwne, jeśli przyjąć, że rodząca się więź z matką miałyby się okazać więzią z *reprezentacją*, a nie z *osobą* – ślady takie, choćby w postaci lęku, nieufności, wycofywania się z prób zaangażowania w głęboki, trwały związek, stają się widoczne praktycznie na każdym etapie życia. Archetyp, przedstawiony w losie biblijnego Ezawa wskazuje, że źródłem takiej postawy jest „utrata matki” we wczesnym dzieciństwie, skutkująca niemożnością nawiązania relacji *egzystencjalnej* z innymi, nawet najbliższymi osobami⁸.

⁷ „Utrata” czasowa (w skutek choroby, wymagającej hospitalizacji dziecka lub matki) wywołuje inne skutki niż trwała rozłąka (gdy matka nie żyje, rzeka się dziecka). Pomimo, że nie znany jest sposób odnoszenia się dziecka do czasu (zakłada się, że przeżywa ono tylko „chwilę terażniejszą”), jego niepokój pod nieobecność matki („reprezentacji matki”?) wyraźnie przypomina „oczekiwanie”, a więc *wybieganie* w przyszłość, *transcendowanie*, właściwe dla dorosłego „przekraczanie” terażniejszości.

⁸ Ezaw, samotny myśliwy, nie rozumie istoty związków wewnątrzplemiennych i ceni sobie bardziej indywidualny dobrostan niż to, co wynika z więzów krwi, stawiających go pomiędzy ojcem i bratem. Przywilej „pierworództwa” i smakowicie pachnący posiłek traktuje jako równorzędne wartości; kiedy z kolei przekonuje się, że został podstępnie pozbawiony błogosławieństwa ojca, postanawia, że natychmiast po jego śmierci *zabije* brata, nie zważając na to, co stanie się z nim ani z całym rodem. Pewnie też w końcu przeboleałby fakt, że Jakub wykradł mu ojcowskie błogosławieństwo, gdyby starszukowi „zostało w zapasie” dobre życzenie także dla drugiego dziecka – oszukany Ezaw prosi więc, by ojciec wysilił się i z głębi duszy, jak z dna opróżnionej miski „wyskrobał” także dla niego „dobre słowo”. Takiego słowa jednak nie ma. Ojcowski dar okazuje się

Czym jest i jak powstaje więź egzystencjalna? Jaki wpływ na jakość ludzkiego życia ma związek z matką, stworzony w najwcześniejszym dzieciństwie?

Prosty schemat powtarzania się zespołów wrażeń i towarzyszących im uczuć jako podstawa budowania relacji „podmiot–obiekt” wydaje się wystarczający do uzasadnienia działań eksploracyjnych dziecka, skierowanych ku dostępnym mu rzeczom. Badanie ich wszystkimi zmysłami i rozbudowywanie ich „reprezentacji” to jednak rodzaj narcystycznej gry toczonej na płaszczyźnie psychosomatycznej; poza tym przedmioty stymulują i skupiają uwagę malucha dotąd, dopóki odbierane od nich bodźce nie zaczynają się powtarzać. Potem rzecz nie „przywołuje” już ku sobie zmysłów dziecka, jej reprezentacja została nasycona szczegółami i „zamiera”. Wobec tego ono przejmując inicjatywę i próbuje „ożywić” obiekt: wyczyny mimiczne malca podejmowane pod adresem zawieszzonej nad łóżeczkiem zabawki muszą jednak pozostać bez odpowiedzi, tak samo jak „zagadywanie” jej – w ten sposób dokonuje się wejście dziecka w fazę oporu „obiekta”.

Przedmioty *nie wchodzą w interakcje*. Nie znaczy to, że pozostają bierne i *poddają się* eksploracji, lecz przeciwnie, są *obojętne* i nie odpowiadają wysiłkiem na wysiłek dziecka, by zwrócono się ku niemu. Na tym akurat niemowlę zna się doskonale – obojętne, w jakiej fazie rozwojowej je znajdujemy, jest ono ekspertem w sprawie odczuwania skierowanej ku sobie uwagi. Z tego powodu model wyjaśniający ewolucję jaźni jako przechodzenie od fazy *pierwotnie jednorodnej rzeczywistości*, przez etap „obiekta” do pełnej separacji podmiotu od przedmiotu wydaje się niewystarczający. Sądzę, że obarczony jest on błędem, znaczącym, nawet gdy chodzi o objaśnienie rozwoju reżusów, a nie tylko dzieci, gdyż kryje się w nim założenie, że „podmiot” to instancja psychiczna, wyłoniona w efekcie i w celu organizowania relacji organizmu z „obiektami”, zupełnie jakby życie zwierząt i ludzi przebiegało w świecie wypełnionym rzeczami, a istoty żywe, w tym bliskie, były tylko szczególnymi przypadkami przedmiotów. To scjentyistyczne, pokarte-zjańskie ujęcie wydaje mi się dramatycznym nieporozumieniem, gdyż pierwotna więź, w którą faktycznie dziecko wchodzi na początku swego istnienia, jest więzią *ludzką*, doświadczeniem Całości. Dopiero na jej podstawie stopniowo, wraz z dojrzewaniem władz mentalnych niemowlęcia⁹, a właściwie w wyniku ich coraz sprawniejszego współdziałania, mogą zacząć wyodrębniać się przedmioty.

O ile zgodzić się wypada z tezą, rysującą stan wyjściowy noworodka jako etap *jednorodnej rzeczywistości, nierozdzielonej na przedmiot i podmiot* lub

niepodzielny, tak jak wcześniej niepodzielna okazała się miłość macierzyńska. Co gorsze, Biblia uczy, że bez miłości matki nie sposób otrzymać także od ojca tego, co „prawowicie” należne.

⁹ Aby proces ten mógł się rozpocząć, wokół dziecka muszą zostać spełnione pewne warunki. Sama obecność przedmiotów, stymulujących jego zmysły, nie gwarantuje jeszcze, że niemowlę będzie zdolne odnieść się do nich.

jako *fazę niewyodrębnionego przedmiotu*¹⁰, to możliwość przejścia z niej do fazy „obektu” nie wydaje się zależeć od odkrycia przez dziecko jakiejś obecnej w niej opozycyjności, Innego, Obcości, oporu, fundujących zaistnienie „rzeczy”, lecz od nasycenia tej fazy odczuciem Całości, w której dziecko powstawało i do której powinno móc należeć także i po narodzinach¹¹. Jeśli akt ten dokona się bez przeszkód i niepotrzebnych ingerencji, to całość, którą stanowią matka i jej dziecko, nie tylko przetrwa nienaruszona, ale wręcz umocni się na nowym poziomie istnienia i zdecyduje o tym, że niemowlę nabierze zdolności przechodzenia do „wyższego ładu”.

Wydaje się, że w akcie narodzin zostają ostatecznie rozdzielone pokolenia, jednostki, role, dziecko rozpoczyna samodzielne życie, a to, co dotąd było zjednoczone, przeciwstawia się sobie. Tak być może odbiera przyjście na świat potomka jego ojciec, położna, takie są biologiczne i społeczne następstwa tego faktu. Ale nie tak mają się sprawy, gdy chodzi o matkę i jej dziecko. Gdy pozwolić działać naturze, „dostatecznie dobra matka”, gdy tylko usłyszy głos nowonarodzonego, pragnie go dotykać i tulić, a dziecko, położone na jej brzuchu, instynktownie po-pełźnie ku piersi i zjednoczenie z matką dokona się znowu, tym razem na zupełnie nowej zasadzie, rozpoczynając tym samym nieodwołalny, łagodny proces stopniowej separacji i zróżnicowania obydwójga.

Tym, co ostatecznie przekształca kobietę w matkę, nie jest doświadczenie porodu, lecz *odczucie żywej obecności urodzonego przez nią dziecka*. Z kolei dziecko, żyjąc „od zawsze” w empatycznym związku z matką, teraz, gdy ma jej twarz nad sobą i nie rozpoznaje wzrokiem niczego wokół siebie, w skupieniu czeka na komunikat, sygnał, potwierdzający, że choć wszystko się zmieniło, nie zmieniło się nic, gdyż nadal należy do Całości. W jaki sposób noworodek może go odczytać?

Obserwując niemowlęta, trudno oprzeć się przekonaniu, że od początku kształtowania się dziecięcej jaźni sposób jej działania zdradza istnienie pewnego rodzaju struktury, *dostatecznie dojrzałej*, by odczytywać niewerbalne matczyne komunikaty¹². Jednym z najważniejszych przekazów emocjonalnych, stanowiących podłoże, w którym zakorzeni się egzystencja dziecka i z którego będzie czerpać siłę lub truciznę, jest odczucie matki „mówiące” dziecku już na samym wstępie jego życia **JAK TO DOBRZE, ŻE TU JESTEŚ** lub przeciwnie, **JESTEŚ INTRUZEM** i tu, w moim świecie, jesteś **ZBĘDNE**,

¹⁰ Zob. H. Benesch, *Atlas psychologii*, t. II, s. 269.

¹¹ Jungowska teoria rozwoju ludzkiego zakłada ruch psychiki, zmierzającej ostatecznie ku pełni, całości albo Jaźni. Tymczasem wydaje się, że aparat psychiczny niemowlęcia kształtujący się w środowisku matczynym (w Całości, której *jest* częścią i którą współtworzy), poza którym nic dla niego nie istnieje, doznaje formującego wpływu Jaźni i wyłania się z niej po to, by po wszelkich „pisanych mu” przekształceniach powrócić do niej na koniec życia w ostatnim akcie procesu indywidualizacji.

¹² Zob. przyp. 3.

PRZESZKADZASZ. Taki przekaz zaadresowany wprost do *niego samego jako egzystencji* jak gdyby *otwiera* jedność psychofizyczną i czyni ją „podatną” na wezwanie do rozwijania się (albo, jeśli niesie wrogą treść lub w ogóle go brak, „mrozi” ów obszar pomiędzy ciałem a psychiką, sprawiając, że obie te struktury *zamierają*). W przeciwnym razie trudno byłoby znaleźć uzasadnienie dla faktu tak dobrze znanego jak choroba sieroca i spowolniony rozwój psychofizyczny tych dzieci, które „nie mają komu” odpowiedzieć coraz to bardziej złożonymi sprawnościami na jedyny w swoim rodzaju, rozwijający (stymulujący), adresowany bezpośrednio do *nich* przekaz. Do zainicjowania „rozwoju” psychofizycznego dziecka niezbędne jest nie tyle istnienie „więzi pierwotnej”¹³ albo „zaufania”, uczucia bardzo złożonego poznawczo, również nie wsparcie, doświadczane na późniejszym etapie, gdy dziecko próbuje bardziej samodzielnie eksplorować otoczenie, ile chodzi tu o prostszą, bardziej źródłową strukturę i formę komunikowania. Ujawnia się ona, kiedy matka jako *egzystencja* zwraca się do dziecka jako do egzystencji, do jego *ty*, owego „więcej” niż tylko ciało i psychika i nie mając na względzie żadnej jego cechy, lecz tylko to, że ono *jest, błogosławi*¹⁴ *jego istnienie*. Egzystencje w ich wzajemnym odniesieniu mogą się wówczas na siebie *otwierać* – w przeciwnym razie, gdy matka nie otwiera się na istnienie swego dziecka, gdy je „odrzuca”, *ono samo* jako egzystencja *zamiera* w oczekiwaniu na powtórne wezwanie. Biblijne bliźnięta otrzymały od matki nader ambiwalentną informację – akceptację ich *istnienia* i niegotowość dania mu oparcia¹⁵.

Funkcję, sposób działania tego „czujnika” zwykle określa się jako empatię, współodczuwanie¹⁶ z inną ludzką egzystencją. Rozwijając się w ciele swej matki, płód odczuwa wspólnie z nią, co prawda nie całą gamę jej ludzkich uczuć i afektów, ale z pewnością te elementarne, biegunowe i podstawowe, jak strach, złość, radość, przyjemność, błogość, rozlewają się także w jego cie-

¹³ Pojęciem tym, bardzo nieokreślonym co do jego treści, opisuje się także relacje występujące między zwierzętami, tymczasem chodzi nam o uzasadnienie zjawisk spotykanych wyłącznie wśród ludzi.

¹⁴ Nie mam tu na myśli religijnego, lecz źródłowe znaczenie tego zwrotu, czyli „wyrażanie radości”.

¹⁵ Biblijna Rebeka, czując, jak dzieci szamoczą się w jej łonie, powiada: *Jeśli tak się zdarza, to czemu mnie to spotyka?* (Zob. *Biblia*, I 25 (22), podkr. J.Ż.)

¹⁶ Trudno rozstrzygnąć, czy jest ona (podobnie jak np. dyspozycja do wydawania dźwięków, rozwiijająca się w kierunku przyszłej mowy) „tylko” dyspozycją, wrodzoną i rozwijającą się w człowieku aż do czasu, gdy wyuczy się on przeżywania i wyrażania pełnej gamy ludzkich uczuć, a tym samym będzie zdolny nawiązywać w pełni ludzkie relacje, czy raczej koniecznym mechanizmem adaptacyjnym, umożliwiającym noworodkowi przejmowanie podstawowych uczuć, przeżywanych przez matkę, a poprzez nie przestawienie procesów zachodzących w jego ciele adekwatnie do rozpoznanej przez nią sytuacji. Jej złość, strach, napięcie odbierane i przeżywane przez dziecko, paraliżują jego ciało, napinają i unieruchamiają mięśnie, wywołując wtórnie lęk i rozpaczliwy płacz, typowe „wezwanie na ratunek”. Radość, odprężenie matki, gdy kieruje się ona ku dziecku, odbierane przez nie, rozluźniają jego muskulaturę i czynią ją gotową na interakcję, a więc nie tylko uspokajają, ale warunkują zdobywanie nowych umiejętności.

le. Mimo to wydaje się wątpliwe, czy współdoznawanie uczuć, nawet tych najbardziej podstawowych, dających się określić jako przyjemność i przykreść, a także reakcja na nie, byłoby możliwe bez bardziej pierwotnego (fundamentalnego) odczucia, towarzyszącego *samemu początkowi istnienia*. Uczuciowa reakcja kobiety na wieść o rozwijającej się w jej ciele ciąży buduje tło dla jej relacji intencjonalnej¹⁷, jednak nie wobec „przedmiotu” poznania, którym dziecko nie jest, tylko wobec „jej dziecka”¹⁸. To *jego* pojawienie się zmienia jej plany, to w związku z *nim* musi podjąć cały szereg decyzji i odwołać inne, dawno już powzięte. Musi *sobie* „to wszystko” dobrze przemyśleć, a przy tym przeżyć mnóstwo uczuć, których „chemia” w jej krwi kształtuje specyficzny komunikat dla mnożących się komórek ciała dziecka. I chociaż humor matki, raz dobry, raz zły, zmienia się jak wiosenna pogoda, to jej podstawowe nastawienie wobec dziecka sprawia, że albo rośnie ono „w klimacie”, określanym w literaturze poświęconej rozwojowi człowieka jako *podstawowe zaufanie*, *bycie OK*¹⁹, albo odbiera komunikat *nie jesteś OK* i karmi się złożoną „chemią wrogości”.

Bez wątpienia ten pierwszy moment nie decyduje jeszcze o charakterze całości, którą matka i jej dziecko będą tworzyć już do końca życia. Huśtawka nastrojów, przestrojenie hormonalne zmieniają wyraźnie sposób funkcjonowania psychiki, jednak rzadko (i z reguły u bardzo młodych matek) decydują o tym, że kobieta *wini dziecko* za to, iż przez nie czuje się źle. Częściej ciężarne poddają się regule „psychicznej inwestycji” i im więcej dolegliwości „znoszą” z powodu dziecka, z tym większą czułością i akceptacją odnoszą się do jego życia²⁰. Dzieci upragnione, gdy tylko przykrymi sensacjami zasygnalizują matce swoje w niej istnienie, mają ten przywilej, że od początku, bez względu na to, czego doświadczy ona podczas ciąży, mogą się pławić

¹⁷ Intencjonalność to określenie podstawowej cechy wszelkich aktów i psychicznych przeżyć, wskazujące na ich odniesienie do swoistych przedmiotów. W nowożytnym znaczeniu wprowadził je F. Brentano w *Psychologii z empirycznego punktu widzenia*, Warszawa 1999, gdzie czytamy: „coś jest obiektem dla podmiotu czynności psychicznych i jako taki obiekt, czy to tylko myślenia, czy również pożądania, unikania itp., jest jak gdyby obecne w jego świadomości” (tamże, s. 266). W fenomenologii, uznawanej również za przydatną metodę badań psychologicznych, rozszerza się to pojęcie, dołączając do tezy *nie ma podmiotu bez przedmiotu* [ku któremu się on kieruje] symetryczne stwierdzenie – *nie ma przedmiotu bez podmiotu* [który ująłby go w swych aktach].

¹⁸ Obrazy mowy potocznej zniekształcają rzeczywistą treść aktu intencjonalnego: kobieta nie nosi w ciąży „dziecka”, tylko „swoje dziecko”; myśląc i czując, odnosi się do niego jak *ja* do *ty*, a nie jak *ja* do *to*.

¹⁹ Trudno nie zauważyć, że ze względu na złożoność poznawczą odczucia *zaufania* i *bycia OK* należy je traktować raczej jako następstwa i kolejne kroki na drodze różnicowania się uczuć, a nie punkt wyjściowy, warunkujący ich rozwój. Pytanie o ten „punkt” trzeba więc odnieść do najwcześniejszego momentu życia dziecka, a odpowiedź na nie znajdziemy w odczuciu kobiety, która oto dowiaduje się, że zostanie jego matką.

²⁰ Aby „zainwestować w coś” swój trud, trzeba ocenić to coś jako „warte wysiłku”; gdy się już włożyło wysiłek, „kochać” się przedmiot swych zabiegów, a właściwie siebie „w nim”.

w szczęściu odczucia „jestem pępkiem świata”. One też będą *ocalone*, nawet jeśli na chwilę „pogubią się” w życiu.

Narodziny w nowe pod każdym względem środowisko przypuszczalnie całkowicie dezorganizują stan pamięci, z jakim dziecko wkracza w świat. Sekwencje doznań, „zapisujące się” w niej jeszcze w życiu płodowym służyły raczej wykształceniu samego mechanizmu zapamiętywania, aniżeli przygotowaniu materiału, niezbędnego jako podłoże do zapisywania nowych treści. Właśnie ich nowość, *drastyczna jaskrawość* doznań stanowi potężne wyzwanie dla istoty, wydanej na potop wrażeń, nijak jeszcze niezorganizowanych i z gruntu obcych. Jedynym sposobem, który dziecko ma już opracowany, pozwalającym mu nie umrzeć w wyniku powtarzających się szoków, jest odczuwanie. Wykształcone jeszcze w łonie matki, teraz powoduje, że nowe doznania dołączają się do „czegoś”, co powtarzało się w jego systemie nerwowym już wiele razy. Akceptacja, a jeszcze lepiej miłość, choć nierzadko odrzucenie albo jawna wrogość, uczucia, których „gęsta”, chemiczna, niemalże materialna treść stanowi powitalny komunikat od matki, a zarazem pierwsze *niezmysłowe* odczucie nowonarodzonego dziecka, działają podobnie, jak nitka zanurzona w roztworze i wytrącająca z niego kryształki soli, które na niej osiadają – świeże uczucia dopisują się do odczuć utrwalanych już wcześniej w szlakach pamięciowych i razem przyciągają ku sobie kolejne przeżywane treści. Wokół tego zapisu emocjonalnego konstelować się będą następne emocje, tworząc struktury i powiązania charakterystyczne dla najgłębiej ukrytych (a kto wie, czy również nie najtrwalszych) fundamentów „osobowości”, która zaczyna właśnie powstawać.

Dzieci pozbawione matki nie są zdolne rozwijać się *same*. Otoczone fachową opieką, pielęgnowane i racjonalnie karmione przez wyspecjalizowany personel szpitali i ośrodków opiekuńczych, zapadają na chorobę sierocą. „Przypuszcza się, że choroba sieroca polega na braku prawdziwego kontaktu uczuciowego, który normalnie zapewnia dziecku matka. [...] całkowita nieobecność matki niemowlęcia w wieku poniżej osiemnastu miesięcy prowadzi do wyraźnych i trwałych zaburzeń w jego rozwoju, powoduje zahamowanie rozwoju organizmu, zwiększa wrażliwość na infekcje, a w poważnych wypadkach może doprowadzić do śmierci. [...] niemowlę może się czuć całkowicie pozbawione opieki uczuciowej, mimo że jego matka jest obecna w sensie fizycznym”²¹. Aby dziecko mogło się rozwijać, musi czuć, że jest ktoś, komu chodzi o nie sa m o . Gdy tego poczucia brak, bo personel pracuje w systemie zmianowym i nad maluchem pochyla się coraz to inna osoba, a w dodatku sposób, w jaki każda z nich jest mu „dana” w postaci zapachu, głosu, dotyku, nie łączy się z treściami reprezentującymi środowisko matczyne, trudno ocze-

²¹ S. Fhanér, *Słownik psychoanalizy*, Gdańsk 1996, s. 26.

kiwać, że ono *samo* z siebie dokona heroicznego aktu odwagi i wyśle w pustkę, w nieznaną, jak rozbitek z bezludnej wyspy „w świat”, komunikat: JESTEM TU – JEST TAM KTO? Przebudzone ze snu, najsamotniejsze wśród samotnych, ludzkie dziecko otoczone w swym łóżeczku przez *niepojęte*, czuje grozę. Jego płacz *nie przywołuje* matki²² – ono nie płacze intencjonalnie, „ażeby” przyszła, ani instynktownie, by mogła usłyszeć je z oddali; jeśli *już* płacze, to w skutek uczucia bezpośredniego zagrożenia życia, któremu w tej chwili *wszystko jedno*, gdyż gorzej być już nie może, skoro zgubiło się matce, stało się drobiazgiem odłączonym od Całości²³. W takim płaczu wyraża się czysta postać rozpacz: nie można *być*, jeśli się *nie jest dla kogoś*. Noworodek, czy niemowlę, dopóki nie pomoże mu się wykształcić choćby zawiązku jego „ja”, którym będzie mogło samo „sięgać” intencjonalnie ku „reprezentacjom rzeczy”, nie może pozostawać *SAMO*, gdyż istotą tego trzeciego elementu, prócz psychiki i ciała, jest *intencjonalność uczucia*.

W przywoływanej już wcześniej zasadzie intencjonalności odnoszącej się do aktów poznawania powiada się, że podmiot i przedmiot są korelatami i nigdy nie mogą nam być dane „same w sobie”. Istnieją razem i nierozdzielnie tworzą jedność, pole aktu intencjonalnego. Zasada ta odnosi się jednak do pewnego *aspektu* ludzkiego poznawania i nie ujmuje go w całości. Wiadomo, że w relacji matki i dziecka *poznanie* zaczyna się dokonywać jeszcze przed narodzinami maleństwa i z całą pewnością intencjonalność, czyli zwrot podmiotu ku ..., powinna organizować jego przebieg. W tym przypadku jej charakter jest szczególny, ponieważ podmiot, matka, zwraca się nie ku „przedmiotowi” (dziecku rozwijającemu się w ukryciu jej własnego ciała), lecz ku swym *wyobrażeniom* istoty, która *dopiero się ukształtuje*. Wobec *niej*, a nie dotyczących jej wyobrażeń żywi jednocześnie rozmaite i nie zawsze jasne dla niej samej uczucia, obejmujące całe ciało i poprzez nie „dostępne” także i dla dziecka. Ono również je „poznaje” i odczuwa, choć nie jest jeszcze i długo nie będzie „podmiotem”, o którym mówi teoria aktu intencjonalnego. Matka może *wyobrażać* sobie, jak wygląda jej „dzidzius”, jaki jest duży itp., stale mając świadomość, że *jednak nie wie* nic pewnego o ukrytej przed nią rzeczywistości, która *przekracza* jej „wiedzę” – zatem tym, co jej pozostaje, będzie jedynie *przekraczanie* uczuciem własnych domysłów, sięganie nim ku malutkiej za-

²² Takie rozwiązanie byłoby chybnym planem natury, gdyż narażałoby tak dziecko, jak matkę na niebezpieczeństwo wykrycia „gniazda”. Młode zwierzęta pozostawione przez matki w legowiskach zachowują bezwzględną ciszę, a „krzyczą” dopiero w obliczu bezpośredniego zagrożenia. Co więc musi czuć dziecko, gdy budzi się i nie wywołuje to reakcji jego matki? Czego wyrazem jest płacz przebudzonego niemowlęcia?

²³ Badania porównawcze, prowadzone przed laty nad relacjami matek i niemowląt w Afryce i Europie pokazały, że niemowlęta stale towarzyszące matkom (noszone w chuście przewiązanej przez ramię i pas matki) były bardziej pogodne, samodzielne i o wiele rzadziej płakały niż dzieci, pozostające z matkami w kontakcie wzrokowym i słuchowym, ale spoczywające w swoich łóżeczkach.

gadce i ogarnianie jej. Uczucie nie gorzej, choć inaczej niż intelekt, *rozpoznaje* (np. „*jak to jest mieć dziecko*”) i także ma charakter aktu *intencjonalnego* (ktoś czuje x w odniesieniu do...), ale o szczególnej naturze, gdyż zamiast „podmiotu” występuje w nim żyjący organizm odczuwający, *co dla niego zna*czy obecność danego wrażenia. W przypadku matki *intencjonalność uczucia* staje się wskazówką, pomagającą np. wybierać coś, a czego innego *sobie* odmawiać z uwagi na to, żeby nie zaszkodzić maleństwu, którego nie zna. Cały długi czas oczekiwania na narodziny dziecka jest ćwiczeniem się w „transcendowaniu”, *przekraczaniu siebie ku ...* i nauką wczuwania się w położenie innej ludzkiej istoty.

Dziecko, dopóki nie wykształci własnego „ja”, nie może spełniać aktów intencjonalnych. Wydaje się, że zasada ta jest słuszna w odniesieniu do poznawania „intelektualnego”, ale nie sprawdza się odnośnie do uczuć. Uczucie, choćby ze względu na kolejność rozwoju poszczególnych struktur układu nerwowego zarodka, może stanowić funkcję odpowiedzialną za najwcześniejszy sposób segregowania doznań całego organizmu, „komunikując” go jednocześnie z ciałem matki, a poprzez nie – także z jej emocjami. Ten niezmysłowy sposób „porozumiewania się” w obrębie całości, tworzonej przez ciało matki, dziecka i przez jej psychikę, może trwać również po narodzinach i nadal wiązać dziecko z matką. Empatyczne współdoznawanie stanowiłoby więc najstarszy, a zarazem występujący w *sposób ciągły* element rodzącej się psychiki dziecka, zapewniający – ze względu na tę właśnie cechę ciągłości – możliwość jej rozwoju. W miarę, jak z biegiem czasu doskonalić się będzie sposób działania jego zmysłów, dziecko uzupełni tę prostą więź emocjonalną o dodatkowe doznania, pod warunkiem jednak, że matka będzie mu ich *do*starczać, „wciągając” malca poprzez oddziaływanie emocjonalne do coraz pełniejszego współdziałania i obecności w świecie.

Co stanie się, gdy dziecko utraci matkę? Obserwacje takich dramatów, bez względu na to, czy chodzi o psychiczną utratę miłości matki, czy jej całkowitą nieobecność, nieskompensowaną przez inną osobę pełniącą wobec noworodka *rolę matki*, nie pozostawiają złudzeń. Fizycznie zadbane, lecz „niczyje”, nie po *wołane* uczuciowym komunikatem do tego, by się rozwijać, niemowlę zdaje się pozostawać w stanie psychicznego chaosu. Jego zmysły, gdy czuwa, zalewają je wrażeniami, których „wartości” nic nie jest w stanie określić. Zanim przyszło na świat, odczuwało już wraz z matką odprężenie, napięcie, przyjemność i fizjologiczne składniki strachu²⁴. Kiedy pozostawiono je samo, nie przestało odczuwać, lecz to, co *może* teraz czuć, to napięcie, wyczerpujące

²⁴ Przyjemność i przykrość, reakcje na wrażenia spoza ciała i na następstwa procesów fizjologicznych, które w nim zachodzą, dokładają się być może do podstawowego odczucia, np. *otwierania się* lub *zamierania* – w zależności od tego, czy matka jest i czy jest *dla dziecka* tak, by było ono „w centrum jej świata”, czy też pozostaje niedostępna.

wszystkie jego siły i kończące się zapadnięciem w pustkę, w sen. Dotychczas empatycznie odbierane uczucia matki stanowiły komponenty doznań słuchowych i dotykowych płodu, zabarwiając je pozytywnie lub negatywnie i nadając kierunek jego procesom psychicznym. Brak matki albo nawet brak jej zaangażowania w życie dziecka sprawia, że nie ma ono skąd czerpać „wiedzy” np. o tym, czy nagła zmiana oświetlenia, głośny hałas, obcy zapach i sensacje zmysłu równowagi to zagrożenie, wobec którego wystarczy zamrzeć w bezruchu, czy też „nie ma już nic do stracenia” i można pozwolić sobie na krzyk rozpacz. *Spokojny* głos matki, który dziecko zna „od zawsze”, gdyż słyszało go, odkąd tylko wykształciła się jego zdolność słyszenia, stanowi dla niego gwarancję, że należy do niej, a ona do niego, zaś *to, czego doświadczają*, nie budzi w niej obawy; spokój w głosie i ruchach matki, gdy z dzieckiem w wózku wchodzi do windy, „udziela mu się”. Jego ciało, a w ślad za nim psychika, przywykły jeszcze przed narodzinami poddawać się tym subtelnym impulsom, a po przyjściu na świat poszukiwać ich wszystkimi zmysłami, po to, by odebrawszy komunikat, na nim, jak na nici zawieszony w „roztworze” doznań, osadzać doświadczenia. Uczucia matki, udzielające się niemowlęciu, budzą w nim podobne uczucia, które ona z kolei rozpoznaje w odruchowej ekspresji malucha. Od jej uczuć, ogarniających dziecko jak fala, bierze zabarwienie jego własna odpowiedź emocjonalna, w pierw jak echo „powtarzająca” afekt matczyny, aby z czasem przekształcić się w samodzielną zdolność nadawania wartości aktualnym postrzeżeniom. W intencji uczucia skierowanego ku niemowlęciu zawiera się coś na kształt *komunikatu egzystencjalnego*, do którego wtórnie dołączona jest ocena „bieżącej sytuacji” płynąca od *tej, która wie*. Przemawiając do niemowlęcia w charakterystyczny sposób, budzący często niesmak i zażenowanie dorosłego obserwatora, nie będącego jeszcze rodzicem, matka przekazuje małkiemu człowiekowi fundamentalny komunikat: *dla mnie jesteś k i m s*, a nie rzecz, o którą trzeba się troszczyć bez nadziei, że odpowie. Skupione na jego źrenicach jej spojrzenie, uważne i czule na każdy najdrobniejszy sygnał ciała, razem z tonem głosu i kojącym dotykiem *otwierają* „pomiędzy” ciałem dziecka i jego psychiką obszar, w którym poczucie bycia *sobą*, to znaczy *bycia kimś*, zaszczerpione intencją matczynego uczucia, będzie mogło zakorzenić się i wzrastać. Bez tych ponawianych przez nią z niesłabnącą nadzieją prób nie powstałby pełny człowiek, *całość, ja sam(a)*, owo „więcej” niż tylko po ludzku ukształtowane ciało z aparatem psychicznym, sprawnie przetwarzającym informacje, lecz pozbawionym „wewnętrznej równowagi” i specyficznego ludzkiego osadzenia się w *sobie*, w *centrum*, z którego ku ciału płynie poczucie „bycia moim ciałem” i ku któremu grawitują jako „moje” wszelkie akty psychiczne.

Intencjonalna natura uczuć wymaga, by doznanie-czegoś było zawsze *czyimś doznaniem*. W ciągu pierwszych tygodni życia po narodzinach, kiedy

dziecko doznaje, doświadcza, postrzega i czuje, lecz nie jest jeszcze podmiotem-ja, matka, z którą może ono pozostawać w empatycznej relacji, stanowi dla niego – jeśli poważnie potraktować tezę o intencjonalności – jedyną możliwość ukonstytuowania jego własnego *centrum*, do którego spływać będą wszelkie bodźce i w którym zrodzą się reakcje dziecka na nie, a także, z biegiem czasu, skąd „intencja” ogniskującego się „ja” zacznie sięgać ku postrzeżeniom. Całość, którą oboje stanowią także po przecięciu pępowiny, będzie mogła później na płaszczyźnie psychicznej powtórzyć schemat prowadzący do powstania nowego życia: otwieranie się, by przyjąć przyjmowanie, by scalić scalanie, by zróżnicować zróżnicowanie, aby powtórzyć ów proces.

Matka „rodzi się” wraz ze swoim dzieckiem w chwili, gdy wie, postrzega i czuje, że mokry, nagi, ciepły noworodek spoczywa na jej brzuchu. Instynkt powinien w takiej chwili uruchomić swą jednoczącą siłę i „otworzyć” ją mentalnie na *powtórne przyjęcie* dziecka, a dziecko – na komunikat, od którego zależeć będzie jego pierwotne nastawienie wobec „przyjmowania”. Kiedy pozwoli się im „otworzyć się na siebie”, niemowlę, nawet jeśli przed narodzinami nie budziło ciepłych uczuć matki, może teraz „podbić jej serce” i zostać „cudownie ocalone”. W tym wielkim momencie tworzy się albo rozpada *fundament* jego świata – *ono samo*. Instynkt lub *eros* – siła łącząca – może z budzącego grozę, zimnego, oślepiającego i hałaśliwego otoczenia przywołać dziecko z powrotem ku *całości*, to jest tam, gdzie od *zawsze należało*, a matczyne uczucie jak niewidzialna, mocna „zastępcza pępowina” władne będzie złączyć je z rozległym kontynentem duchowym jaźni jego matki. Jeśli dziecko ma szczęście i jego matka „urodziła się” wraz z nim, nie będzie jak Ezaw, samotną, pustą, wędrującą wyspą.

Do tego, by stworzyć *człowieka*, nie trzeba cudów. Nie „idealna”, lecz zupełnie zwykła, „dostatecznie dobra” matka zdolna jest dokończyć dzieło, które rozpoczęła w niej natura. I natura z reguły cierpliwie jej w tym pomaga. Powstawanie *całości*, owego „więcej” niż jedność psychofizyczna kończy się, jak to wynika z obserwacji poczynionych na gruncie psychologii rozwoju, gdy dziecko ma około osiemnastu miesięcy. W tym samym czasie dobiega również końca proces zarastania ciemiączka, scalania się kości czaszki – tak jakby na planie fizycznym i psychicznym zasadnicze procesy „przyswajania” symbolicznie dobiegały końca, a dalszy rozwój dziecka miał polegać na przekształcaniu zdobytego dotychczas bogactwa. W półtora roku od narodzin maleńkie dziecko powinno być już *samym sobą*, egzystencjalną *całością*, stworzoną (a nie tylko „powstałą”²⁵) cierpliwym wysiłkiem matki,

²⁵ Nie wydaje się możliwe, żeby bez współudziału i pomocy „z zewnątrz” noworodek, niemowlę i malutkie dziecko samo „z siebie” było zdolne ukształtować podstawę własnej egzystencji, *samego siebie*, czyli owo „więcej” niż jedność psychofizyczna ludzkiego istnienia. Nie stajemy się *samymi sobą* w wyniku upływu czasu ani wskutek rozwoju ciała i nabywania nowych sprawności psychofi-

której starania niosą stale ten sam przekaz egzystencjalny: *dla mnie jesteś kimś*.

Komunikacja na poziomie egzystencjalnym z noworodkiem i niemowlęciem to wysiłek docierania poprzez struktury somatyczne i psychiczne do jego nieprzedmiotowej, a więc niemającej również charakteru intencjonalnego (polegającego na korelacji podmiotowo-przedmiotowej) sfery *bycia sobą*. Jej osobliwość w przypadku dziecka polega na tym, że dopiero się tworzy, scala z głębokich odczuć cielesnych i emocjonalnych, utrwała się i rozrasta. Im częściej *sama* matka towarzyszy doznającemu niemowlęciu, tym częściej i skuteczniej, gdyż wprost, drogą istniejącą w jego życiu „od zawsze”, biegną ku niemu *samemu* jej odczucia, związane z wspólnie postrzeganą sytuacją. Dziecko nie tylko poznaje psychofizycznie to, co je otacza, lecz jednocześnie odczuwa, czym to jest dla matki, jakie to ma dla niej znaczenie, czy jest „ważne” i budzi jej strach, czy może otwarte zaciekawienie? Opiekując się swym dzieckiem, matka zaangażowana jest *całkowicie* w relację *ja – ty*, chociaż o dziecku zwykle mówi się w kategoriach „przedmiotowych” – nie *ty*, lecz *to* (*ono, id*). Małństwu bez wątpienia przysługują wszelkie *ludzkie* prawa, lecz nie potrafi ono zrobić z nich jeszcze żadnego użytku i z tego choćby powodu jego człowieczeństwo postrzega się jak coś, co dopiero nadejdzie. Skąd jednak miałyby nadejść? „Wystarczająco dobra matka” nie czeka aż nastąpi ten magiczny moment, tylko nieustannie „budzi” *ty* swego dziecka, odnosząc się do niego tak, jakby było już *całością*. Nie tylko pokazuje i objaśnia mu świat, ale też nie kryje, że pośród wszystkiego tego, co dzieje się wokół nich obydwojga, jedne fakty niepokoją ją, inne cieszą, inne znów martwią – nadaje im „wartość”, ujawniając dziecku, czym one są dla *ludzkiej egzystencji*. W takim zabarwionym uczuciami wspólnym doświadczaniu świata ukryte jest również wezwanie: *ja* matki przyzywa *ty* dziecka, aby ujawniło, czym dla *niego samego* jest to, w czym uczestniczy. Matce nie jest obojętne, co dziecko czuje i jak *się ono* czuje; nie tylko uczy się więc przekraczania *siebie samej* ku *niemu samemu*, ale powinna również „przywabić” je ku *sobie* i nauczyć wyrażać *siebie* w przekazie egzystencjalnym²⁶.

Okolo połowy drugiego roku życia mija czas, gdy można dokończyć proces „egzystencjalnego przebudzenia” scalającego psychikę i ciało dziecka i nadającego mu autonomię oraz głębokie poczucie *bycia sobą*. Może się to wydawać dziwne i zaskakujące, ale takie odczucie, nawet nieuświadomione i niedostępne dla „refleksji”, do której dziecko ciągle jeszcze nie jest zdolne, sprawia, że w jego zachowaniu dopatrzeć się można oczekiwania, iż dorośli

zycznych, lecz raczej we *wspólnym* wysiłku dokonywanym wraz z kimś, kto przebył już tę drogę i pragnie nas na nią wprowadzić.

²⁶ W relacji intencjonalnej podmiot kieruje się ku przedmiotowi swego „poznania”; w relacji egzystencjalnej *ja* spotyka inne „ja” i odnosi się do niego jako do *Ty*.

uszczepiają jego człowieczeństwo. Gdy proces stawania się *sobą* przebiega pomysłnie i dobiega końca, malec potrafi w nie mniejszym stopniu niż człowiek dorosły obrazić się w sytuacji, gdy nie respektuje się jego ludzkiej godności. Co ciekawe, w jego reakcji czytelny będzie *żal* i towarzysząca mu intencja „odsunięcia się” od osoby niedostrzegającej w nim człowieka, tylko „dziecko”, które jak ryba „nie ma głosu”, a właściwie *prawa*, by zabrać głos we *własnej* sprawie. Głębokie rozżalenie malucha ukształtowanego już jako *całość egzystencjalna* wydaje się, w odpowiedzi na przedmiotowe potraktowanie, efektem emocjonalnego odkrycia *dysproporcji* pomiędzy tym, *kim czuje, że jest*, a tym, kim czuje, że jest *dla kogoś*. Dziecko odczuwa potrzebę sprostowania tej pomyłki – w jego zachowaniu widać, że stara się zademonstrować autonomię swojej jaźni mocno osadzoną w poczuciu wewnętrznej słuszności. Postępowanie dorosłego dowiodło mu, że kwestionuje on *całość*, owo niewidzialne „więcej”, którym dziecko „przecież od zawsze” jest²⁷, a więc, że odebrano mu coś, bez czego nie sposób istnieć, dokonano gwałtu egzystencjalnego na *nim samym*. Aby się w tej sytuacji „nie rozpadło”, dziecko powinno zostać „ocalone”, utwierdzone i wzmocnione – i to nie w poczuciu swej „wartości”, gdyż tę mogą mieć tylko obiekty porównywalne pod jakimś względem z innymi obiektami – lecz w *sobie samym*, w fundamentalnym, egzystencjalnym poczuciu bycia *kimś* dla kogoś, kto jest *kimś* dla dziecka. To zadanie może z powodzeniem wypełnić matka albo osoba pełniąca jej rolę, jeśli dziecko związane jest z nią poczuciem ufności.

Przykładem ukazującym skutki poprawnie przebiegającego procesu tworzenia *całości egzystencjalnej* może być dalszy ciąg wspomnianej już historii biblijnego Jakuba. W różnych opresjach, których nie szczędziło mu życie, potrafił on przekraczać własną kondycję psychospołeczną i bez zgubnych projekcji rozumieć na płaszczyźnie egzystencjalnej istotę konfliktów, w które był uwikłany. Ich rozwiązanie, satysfakcjonujące przeciwników, a jednocześnie pozwalające obydwu stronom zachować poczucie własnej godności, znajdował następnie z powodzeniem na gruncie relacji społecznych²⁸.

²⁷ Takie poczucie nie wynika z naiwności dziecka, lecz z prawidłowości działania jego pamięci – „kurtyna”, oddzielająca zdarzenia z okresu od narodzin od około drugiego roku życia, kiedy to kształtowały się fundamenty i podstawowe struktury jego osobowości, nie pozwala sięgać wspomnieniami do czasu, gdy poczucie bycia *sobą samym* jeszcze się nie ukształtowało. Tak więc dziecko pamięta, że zawsze było *sobą samym*.

²⁸ Przykładów takiego działania jest w *Pierwszej Księdze Mojżeszowej* wiele, zaczynając od posłuszeństwa wobec niesłuchanego nakazu matki, prowadzącego do wyłudzenia błogosławieństwa Izaaka (Jakub „przekracza” tu nie tylko kondycję *młodszego brata*, lecz stawia się „poza” tradycją, posłuszeństwem wobec prawa i ojca, a nawet przekracza swym działaniem granice „zdrowego rozsądku”), przez zawieranie kolejnych „układów” z Labanem, wreszcie przeprowadzenie pojednania z bratem (psychologicznie satysfakcjonujące Ezawa „ukorzenie się” przed nim i podkreślenie jego zwierchności na gruncie obyczaju i tradycji, a jednocześnie ustawienie na pierwszym planie ludzkiej godności „zwycięskiego” w tej chwili starszego brata, który *mógłby dowolnie* rozprządzić

Zdolność do tworzenia więzi egzystencjalnych jest czymś innym, aniżeli potrzeba współdziałania z innym człowiekiem lub przynależności do jakiejś grupy. Tendencje afiliacyjne mogą dotyczyć pewnego aspektu działania lub współdziałania, pozostawiając sferę egzystencji niezaangażowaną, jak to się niekiedy dzieje np. w grupach kibiców, mocno podkreślających związki z drużyną sportową za pomocą zewnętrznych oznak, takich jak części odzieży w „barwach klubowych”, wnoszenie specjalnie na ten cel ułożonych okrzyków zagrzewających drużynę do zwycięstwa itp. Warunkiem umożliwiającym tego rodzaju działania nie jest obszar egzystencji, lecz płaszczyzna psychosomatyczna. Kiedy po skończonym meczu kibice „zjednoczeni” barwami, transparentami i okrzykami spotykają przystrojonych we własne klubowe barwy zwolenników przeciwnej drużyny, nie widzą w nich takich samych jak oni *egzystencji*, lecz „bydło”, „ścierwo”, „łachy”, które należy sprzątnąć z drogi. Muszą jednak czuć, że w ich postawie „coś jest nie w porządku”, gdyż zanim doprowadzą do starcia, w specyficzny sposób *nawzajem upewniają się* o tym, iż od tamtych przebierańców dzieli ich „fundamentalna” różnica: tamci wybierając drużynę, której kibicują, dowiedli, że są w mniejszym stopniu „ludźmi”. Skoro tak, można bez skrupułów zrobić z nimi to, co robi się z „ludzkim śmieciem” – zniszczyć, dosłownie „wdeptać w ziemię”.

Tego rodzaju potrzebę przynależności (do kogoś albo do pewnej grupy) obserwowaną często wśród bardzo młodych ludzi zdarza się widzieć również w zachowaniach zwierząt. Opisy przedstawiane przez etologów dowodzą, że działania kibiców ogarniętych duchem walki, „zmuszającym” ich po meczach do toczenia bitew na ulicach miast, mniej dzieli od reakcji wyrostków goryli, wojujących o pozycję w stadzie niż od wysiłków współpracowników doktora Schweitzera, którzy wspólnie z nim wydali wojnę trądowi, gruźlicy i febrze w Lambarene. Biali lekarze, pielęgniarze i pomocnicy Schweitzera mogli znosić trudy życia i pracy w tropiku, z dala od wszelkich udogodnień, do których przywykli w Europie i nieść pomoc czarnoskórym mieszkańcom środkowej Afryki, a niekiedy także zwierzętom, nie dlatego że jednoczył ich kolor lekarskich kitli, terminologia niezbędna do porozumiewania się w ich zawodzie, czy zasady higieny, wpojone od dziecka i umożliwiające wykonywanie pracy – ale ze względu na rysy wspólnoty, strukturalnie podobne do tych, które jednoczą kibiców piłkarskich. Podstawą, umożliwiającą im trwanie przy podjętej decyzji, a nawet samo jej podjęcie, była zdolność przekroczenia różnic między światem Czarnych i białych, potrzeba realizowania „wyższego ładu”, w którym jedność rządzi wielością. Nie język, kolor skóry, nawyki higieniczne, sposób ubierania się itp. tworzy ludzkiej psychiki, lecz jej podstawa, scalająca odmienności i ukazująca

losem zwyciężonego i zdającego się na jego łaskę Jakuba, jego żon, dzieci i dobytku, *gdyby* nie wiązał go szczególny egzystencjalny apel, skierowany do *niego samego*.

ich wspólne, identyczne w każdym człowieku źródło, *egzystencja*, pozwoliła im zrozumieć, że wszystkie *istoty czujące w chorobie* cierpią podobnie. Schweitzerowska etyka czci dla życia, wyrażona w prostej regule *jestem życiem, które pragnie żyć pośród życia, które pragnie żyć* pokazuje, jak dalece można „transcendować” poza jednostkową kondycję ludzką, gdy się jest człowiekiem *całkowitym*, a także dowodzi, w jak naturalny sposób „ocalonym” przychodzi spieszyć z pomocą tym, którzy pozostają w potrzebie. Ich działania nie są wymierzone przeciw komuś, co niestety zdarza się, gdy motywacje wypływają z samej tylko ludzkiej psychiki. Jako system adaptacyjny, umożliwiający ludzkiemu organizmowi przetrwanie w środowisku (w naturze, przetworzonej do postaci kultury) psychika różnicuje i dzieli, porównuje i abstrahuje, a podstawową zasadą działania jej władz jest intencjonalność podmiotu i jego przedmiotów. Jedną z tych władz, myślenie, redukuje nasze człowieczeństwo, sprowadzając je do bycia jednością psychofizyczną. Jedność ta ma źródło w naturze, w ewolucji gatunków i nie „potrzebuje” innego, „transcendentnego” uzasadnienia. Można poprzestać na takim rozumieniu ludzkiej natury, ale nie da się przeoczyć faktu ewoluowania wewnątrzgatunkowego i jego przejawów, do których należy między innymi właśnie potrzeba przekraczania swojej jednostkowej kondycji. Zapominanie o niej i ignorowanie jej wywołuje najgłębsze, a zarazem najbardziej „ukryte” i najtrudniej dziś rozpoznawalne ludzkie cierpienie, jakim jest utrata związku z własną egzystencją, dość niefrabliwie określana jako „pogubienie”.

Gdyby *bycie sobą samym* było czymś w rodzaju kluczy albo okularów, „pogubienie się” w meandrach życia dałoby się łatwo naprawić: wystarczyłoby znaleźć nowy przepis na *siebie*. Wydaje się, że współcześnie chętnie ulegamy takiej iluzji i „pogubiwszy się”, w dowolnym momencie życia zaczynamy „wszystko od nowa”. Rzadko kiedy i komu udaje się wyjść z takiej próby *ocalonym, pozbierać się*, jak to dość trafnie ujmuje kolokwialny zwrot, albo *znaleźć się w nowej roli*. O wiele częściej, nie wiedząc o tym, że *przyjść do siebie* można tylko wtedy, gdy wycofamy się z powierzchownych, tworzonych na „płaszczyźnie psychospołecznej” relacji i *poświęcimy się* całkowicie, tak jak matka swemu niemowlęciu, czemuś lub komukolwiek, wkraczamy w sytuacje coraz bardziej ekscytujące, niebezpieczne i niezwykle, jakby po to, żeby przypadkiem nie usłyszeć w *sobie* rozżalonego szloch odciętego od życia swego własnego głębokiego *ja*.

Gubimy się nie dlatego, że tempo współczesnego życia nie pozwala nam na pozostawanie w zgodzie z *samymi sobą*, a „wyścig szczurów” zmusza do ignorowania potrzeby przekraczania jedności psychofizycznej, zerwania z egzystencją, którą tak czy inaczej każdy z nas jest od narodzin do śmierci. Wydaje się, że pomyłono tu skutek z przyczyną: to w efekcie zerwania owej więzi godzimy się żyć w nieludzki sposób i sami siebie określamy mianem

budzącym obrzydzenie i strach. „Szczur” podobnie jak my jest przebiegłym, inteligentnym i nieustępliwym ssakiem. Ten gatunek, tak samo jak nasz, ma silne potrzeby afiliacyjne, jego jednostki podlegają porządkowi „społecznemu”, a przede wszystkim potrafią dostosować się do nowych warunków. To chyba jednak za mało, żeby chcieć upodobnić nasze dzieci do „szczurów”, które wszędzie sobie poradzą i w tym celu od pierwszych chwil życia odcinać je od niepotrzebnego i ciężkiego balastu, jakim jest potrzeba znalezienia *swojej własnej* odpowiedzi na pytanie *k i m j e s t e m*. Uważa się, że zamiast jej szukać, powinny nauczyć się odpowiadać na pytania *ile, jak i za ile* oraz porównywać otrzymane odpowiedzi z tymi, których udzielono ich rówieśnikom. Już od przedszkola rozwijamy zainteresowania naszych latorośli, od pierwszych klas szkoły zapisujemy dzieci na dodatkowe zajęcia – w ten sposób rzeczywiście można przyspieszyć i usprawnić rozwój *jedności psychofizycznej*, ale niczego „więcej”, a zwłaszcza nie *dziecka*, któremu pytanie *ile* zaczyna nasuwać poczucie, że jest maszynką do generowania sukcesów (*ile jeszcze zniosę* – pyta w końcu *siebie samo*). Kiedy wchodzi w wiek konfrontowania zasad, werbalizowanych przez autorytety, i reguł, obserwowanych w ich faktycznym sposobie działania, do pytania *ile jeszcze zniosę* dołącza się drugie: *jak długo można tak żyć?*

Dramaty młodych, o których coraz częściej donoszą media, rozgrywają się często na poziomie egzystencji. Nie generuje ich jednak stale powiększający się obszar biedy społecznej – z nią ludzkość ma do czynienia „od zawsze”, lecz nędza egzystencjalna, zamieranie (albo nawet brak) poczucia, że każdy z nas nosi w sobie *ocalenie*, tak własne, jak i „całego świata”. Może ono nastąpić, jeśli pytania *ile, jak, gdzie i kiedy* nauczymy się stawiać dopiero po tym, gdy uznamy, że wszelkie zapytywanie ma sens tylko o tyle, o ile wychodzi od nas *samych* i dokonuje się ze względu na *kogoś*. Bez tej podstawowej *ludzkiej* umiejętności nie będzie później możliwe przekraczanie narcystycznego „ja” i zawieszanie jego praw na rzecz wspólnoty, idei, czy ogólnie – wyższego ładu. To na istnieniu *całości* opiera się fundament prawa, moralności i religii, do niej musi znów wrócić filozofia i przypomnieć jej pierwszeństwo.

Wielu z nas otrzymało niezbędną dla istnienia i rozwoju uwagę i miłość, chociaż wychowawcy, jakby obawiając się, że „dziecko można zepsuć”, przestrzegają rodziców przed *rozpieszczaniem*, prowadzącym podobno do utrwalenia się postawy roszczeniowej i nieadekwatnego w stosunku do wieku dziecka domagania się przez nie podziwu dorosłych. Takie wypaczenie określane bywa dosadnym, obrazowym zwrotem: to małe *uważa się za pepek świata*. Jednocześnie wczesnodziecięcy narcyzm uznają oni za naturalny etap rozwojowy, umożliwiający formowanie i utrwalenie struktury podmiotowej w psychice; jak każda faza, i on także mija, z reguły nie przynosząc szkód, zwłaszcza dziecku, które rozwinęło poczucie bycia *sobą samym*.

W przypadku bezradnego ludzkiego niemowlęcia *bycie pępkiem świata i odczucie, że się nim jest*, choćby na jakiś czas i przynajmniej dla *jednej* osoby na świecie, warunkuje i najwyraźniej *organizuje sposób interpretowania* kolejnych wrażeń i komunikatów przyswajanych przez dziecko. Uważność, zaangażowanie i czułość w kontakcie z małą ludzką istotą to nic innego, jak przekraczanie *siebie* ku temu, co w efekcie takiego wysiłku ma się w niej utworzyć, ku *niej samej*, czującej i otwierającej się ku *nam samym*. Kiedy już *sam* zaistnieje, mały człowiek będzie wreszcie *cały* i można się spodziewać, że w świecie, nawet jeśli kiedyś się „pogubi”, zdoła *ocaleć*, nauczony przekraczać siebie ku czemuś wszechogarniającemu, ku transcendencji. Prastara historia biblijna podpowiada, że ten, który ocalał, potrafił swym działaniem budzić inne egzystencje – a tylko wtedy, gdy *ja sam* pragnę żyć dla *ciebie samego*, możemy wspólnie ocalić *ludzki świat*. Gdy on ocaleje, z innymi kłopotami jakoś sobie poradzimy.

Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błeszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Ks. Jarosław Michalski

Wydział Nauk Pedagogicznych
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
Wydział Nauk Społecznych
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

SENS CIERPIENIA W PERSPEKTYWIE ANALIZY EGZYSTENCJALNEJ. PROPOZYCJA VIKTORA FRANKLA

1. W poszukiwaniu sensu cierpienia

Analiza egzystencjalna wyraża pogląd, że cierpienie jest integralnym elementem życia. „Los, który jest udziałem człowieka, posiada po pierwsze sens polegający na możliwości jego kształtowania – tam, gdzie jest to tylko możliwe, i po drugie – znoszenie go tam, gdzie jest to konieczne” (Frankl 1982(a), s. 118). Ciężka choroba nie oznacza dla Frankla ostatecznego losu, ale stanowi próbę sprawdzającą dla ludzkiej wolności. Jeśli chorobę będzie się rozumieć w takim aspekcie, to będzie możliwe znalezienie w niej sensu. Jeśli natomiast choroba będzie postrzegana jedynie w aspekcie negatywnym, to wówczas ujawnia się cała jej bezsensowność.

Każda sytuacja stwarza, zdaniem Frankla, szansę urzeczywistnienia wartości. Może to nastąpić nie tylko przez nadanie ludzkiej egzystencji sensu np. poprzez tworzenie wartości – mam tu na myśli urzeczywistnienie wartości twórczych; nie tylko przeżycia i miłość ubogacają życie sensem – mówi się raczej o wartościach przeżywania, ale również cierpienia. Cierpienie jest możliwością urzeczywistnienia najwyższej wartości i spełnienia najgłębszego sensu. „[...] sens posiada nie tylko życie twórcze i zawierające w sobie wiele przy-

jemności, ale: jeśli życie w ogóle posiada jakiś sens, to wówczas pewien sens musi posiadać także cierpienie” (Frankl, 1947(a), s. 94).

Każda choroba ma swój sens. Rzeczywisty sens nie polega jednak na tym, że jest się chorym, ale na tym, w jaki sposób przyjmuje się na siebie cierpienie lub w jaki sposób się je znosi. Istotne jest nastawienie i postawa, w której spotyka się chorobę i cierpienie – tak widzi to Frankl. „Sposób znoszenia koniecznego cierpienia kryje w sobie możliwy sens” (Frankl 2002, s. 80). To, w jaki sposób podejść do mojego doświadczenia cierpienia, zależy tylko i wyłącznie ode mnie. Kiedy nie jest już dalej możliwe przewyciężenie choroby i cierpienia na drodze leczenia, wtedy jest konieczna zmiana nastawienia i godne przyjęcie cierpienia. Tak na ten temat pisał Frankl: „właśnie wtedy, kiedy jesteśmy w takim stopniu bezsilni i pozbawieni nadziei, że nie jesteśmy w stanie zmienić sytuacji – jesteśmy w jakimś stopniu powołani do tego i wymaga się od nas, abysmy sami się zmienili.” (Frankl 2002, s. 34).

W cierpliwości znajduje się największe osiągnięcie, do którego człowiek jest zdolny, pod warunkiem, że chodzi o prawdziwą cierpliwość, względnie cierpienia, które nie dadzą się już odmienić przez jakiegokolwiek ludzkie działanie. Weźmy tutaj pod uwagę na przykład człowieka, który cierpi na chorobę, którą można wyleczyć operacyjnie, a jednak mimo to nie poddaje się operacji i bierze na siebie niepotrzebne cierpienie. Tego rodzaju cierpienie nigdy nie będzie miało charakteru sensownego. Hermann Cohen powiedział pewnego razu: „największym zaszczytem człowieka jest cierpienie” (Frankl 2002, s. 81).

Frankl postrzega właściwą wartość cierpienia w tym, że dociera się do wewnętrznej wolności, mimo zewnętrznej zależności. Nie chodzi jednak o szukanie cierpienia, aby przy nim wzrastać. Spotykając się z nieodwracalnym cierpieniem, możemy albo przeżyć własny upadek, albo wzmocnić nasze siły, zależy to tylko od nastawienia, z jakim podejmiemy do tego doświadczenia. „Cierpienie posiada sens wtedy, kiedy sam stajesz się innym” (Frankl 2002, s. 34). Sens cierpienia musi w każdym wypadku dopiero zostać znaleziony, przy czym lekarz nie jest zdolny określić sensu. Człowiek może jedynie sam ten sens odnaleźć. Trzeba w tym miejscu zauważyć, że swój sens posiada nie tylko pytanie: „jak?” przy znoszeniu cierpienia, ale również: „że”. Jednak nie jesteśmy w stanie tego rozpoznać, ponieważ chodzi przy tym o sens nadrzędny, który nie jest nam dostępny.

Zadaniem lekarza jest uświadomienie pacjentowi, że życie cierpiącego człowieka nigdy nie przestaje być sensowne. Wskazanie na to, że pozytywne i szczerze nastawienie do trudnego losu stanowi wspaniałe ludzkie osiągnięcie, samo już tylko zwrócenie uwagi, że coś pomaga przy niepoddawaniu się w trudnej sytuacji, może przynieść pociechę i ulgę. „Dopóki człowiek cierpi, żyje on psychicznie [...] Jednak człowiek, który próbuje odwrócić uwagę

od swojego nieszczęścia lub też usiłuje żyć złudzeniami, nie rozwiązuje żadnego problemu, nie jest w stanie usunąć nieszczęścia ze świata, natomiast to, co udaje mu się wyeliminować jest raczej sam tylko skutek nieszczęścia, czyli stan uczuciowy niechęci” (Hahn, 1994, s. 49).

W cierpieniu człowiek zadaje sobie często pytanie „po co?”. Jeśli nie znajduje na nie odpowiedzi, grozi mu przeżycie zwątpienia, wejście w nicość. Poza tym, jak uważa Frankl, duże znaczenie posiada pokazanie pacjentowi, że w jego cierpieniu zawiera się jednak coś sensownego i dobrego. Jednak również zwrócenie uwagi na pozostałe pozytywne szanse życia, nienaruszone przez cierpienie, należy do ważnego zadania logoterapeuty. Cierpienie i doświadczenia losu nie są zasadniczo kategoriami zrozumiałymi. W każdym razie dadzą się wypracować perspektywy, które pozwalają na dostrzeżenie stanu rzeczy w innym świetle. Längle pisze na ten temat w taki sposób: „cierpienie przeżywamy jako doświadczenie bezsensowne, najwyżej cierpienie może zyskać jakiś sens przez nas, przez to, czego się przy nim uczymy i co z nim robimy” (Längle 2000(b), s. 46). Frankl opisuje w jednej ze swoich książek następujący przypadek. Pewien praktykujący lekarz odwiedził go i skarżył się, że zmarła jego ukochana żona, a on nie może się z tym pogodzić. Wówczas Frankl postawił lekarzowi pytanie, co mogłoby się zdarzyć, gdyby on jednak zmarł wcześniej niż żona. Lekarz oburzył się i odrzekł, że jego żona byłaby wtedy chyba pogrążona w głębokim zwątpieniu. Dopiero teraz pojął on sens swojego cierpienia, ponieważ w ten sposób zaoszczędził swojej żonie tego bolesnego doświadczenia, które właśnie jest teraz jego własnym udziałem. Jego cierpienia uzyskało więc swój sens, a ponieważ sens ten jest mu znany, jest on zdolny przyjąć je z godnością. „Sensem cierpienia jest nadanie życiu w większym stopniu charakteru typowego dla życia [...]. Ból związany ze smutkiem po utracie ukochanego człowieka zachęca do ożywienia we wspomnieniach tego, co się utraciło. Ból bezczynności zachęca do tego, aby odejść od przeciwnego sensowi nieczynienia niczego, zachęca też do zainicjowania poszukiwania zadania życiowego i wejścia w stan napięcia towarzyszący spełnieniu zadania, aby pozostać wiernym sensowi życia” (Kurz/Sedlak 1995, s. 86).

Oczywiście nie powinno to oznaczać, że cierpienie jest konieczne po to, aby znaleźć sens. Takie stwierdzenie byłoby wielkim nieporozumieniem. Frankl uważa, że sens jest możliwy mimo cierpienia. Sensowne cierpienie możliwe jest tylko wtedy, kiedy cierpi się ze względu na jakąś rzecz lub ze względu na kogoś. Cierpienie nie może być zatem celem samym w sobie, staje się sensowne tylko w odniesieniu do pewnej sprawy lub osoby. Frankl przytacza przypadek pewnego sześćdziesięcioletniego mężczyzny cierpiącego na końcowe stadium *dementia praecocissima*. Przeżywał on halucynacje, słyszał różne głosy i przez cały dzień nie robił nic innego oprócz rwania papieru.

Jego życie wydawało się więc na pierwszy rzut oka zupełnie bezsensowne. Z jednej z rozmów przeprowadzonych z nim wynikało jednak, że często miewa on wielkie napady złości, jednak w ostatnim czasie staje się coraz bardziej opanowany. Na pytanie, ze względu na kogo pohamowuje się, odpowiedział, że ze względu na Boga. „Dopiero, kiedy stanie się w miejscu, w którym daje się znośić najbardziej beznadziejny i smutny los – a mianowicie ze względu na Boga – wtedy można powiedzieć «tak» w stosunku do życia, mimo wszelkich warunków i okoliczności, nawet tych najbardziej przykrych i najniekorzystniejszych” (Frankl 1987, s. 146).

Zadaniem człowieka nie jest szukanie cierpienia, ale właśnie zapobieganie jemu. Trzeba jednak uznać, że cierpienie należy właśnie do życia – takie jest zdanie Frankla. Rodzi się jednak pytanie: gdzie należy szukać sensu cierpienia, kiedy w grę wchodzi cierpienie zawinione przez samego człowieka? Złe postępowanie może być ponownie wynagrodzone postępowaniem dobrym. Jednak nawet kiedy nie jest możliwe wyrównanie jakiejś szkody, wtedy tym bardziej liczy się właściwa postawa, właściwe nastawienie. Właściwa postawa wobec własnej winy polega, jak uważa Frankl, na okazaniu skruchy. Cierpienie ludzkie nie daje się porównywać, ponieważ istotą cierpienia jest to, że jest to ludzkie cierpienie, właśnie jego cierpienie. Wobec cierpienia nie da się stosować rozróżnień odnośnie do jego wielkości i już od samego początku byłyby one bezsensowne. Elementem, który dałby się tu jednak wyróżnić, jest sensowne i bezsensowne cierpienie. Według Frankla, wyłącznie od człowieka zależy to, czy jego cierpienie posiada sens.

Niepowodzenie i cierpienie nie muszą być koniecznie skojarzone ze zwątpieniem. Szczęście zależy właściwie tylko w niewielkim stopniu od powodzenia, kariery i okoliczności zewnętrznych; przede wszystkim jednak od intensywności spełnienia sensu. W ten sposób Frankl chce wyjaśnić, dlaczego w cierpieniu zawiera się największa możliwość urzeczywistnienia sensu. „Cierpienie posiada nie tylko swoją godność etyczną – posiada ono również swój ogromny wydzźwięk metafizyczny. Cierpienie czyni człowieka bardziej wrażliwym, a świat bardziej przejrzystym. Byt wnika w klarowny sposób do wymiarowości metafizycznej” (Frankl 1996, s. 188).

2. Człowiek twórcą sensu własnej egzystencji

W swoich wielu opracowaniach Frankl dokonuje podziału *homo sapiens* na *homo faber*, *homo amans* i *homo patiens*. *Homo faber* jest człowiekiem sukcesu, spełniającym sens swojej egzystencji, kiedy coś tworzy. Istnieją dla niego tylko dwie kategorie: powodzenia i niepowodzenia. To jest wszystko, co się dla niego liczy.

Z kolei *homo amans* spełnia sens swojego życia poprzez przeżywanie, interakcje z innymi i miłość. Wreszcie trzeci typ, czyli *homo patiens* określa człowieka cierpiącego. Temu ostatniemu chodzi jednak, w przeciwieństwie do *homo faber* nie o sukces lub niepowodzenie, ale raczej o spełnienie i zwątpienie. Taki wymiar spełnienia i zwątpienia znacznie przeważa nad wymiarem sukcesu i porażki i wynika z tego w jednoznaczny sposób jego wyższa wartość. *Homo patiens* jest nawet zdolny do spełnienia się w momencie największej porażki, co nie jest do pomyślenia w przypadku *homo faber* lub *homo amans*.

Aby urzeczywistnić twórcze wartości, potrzebne są talenty. Talenty takie trzeba mieć, a potem już odpowiednio je wykorzystywać. Aby urzeczywistnić wartości przeżycia, potrzeba również określonych elementów, które się już wcześniej posiada, a mianowicie odpowiednie organy, jak na przykład uszy, pozwalające słyszeć dobrą muzykę. W celu urzeczywistnienia wartości nastawienia człowiek potrzebuje zdolności cierpienia, która nie jest mu dana z góry, ale którą musi dopiero w sobie wypracować.

Uzyskanie zdolności do znoszenia cierpienia jest jednocześnie aktem samo-kształtowania się. Na płaszczyźnie czysto ludzkiej prawdziwe cierpienie połączone jest z utratą wartości. Człowiek zмага się ze swoją obiektywnie zadaną mu realnością, do której należy również obiektywnie zadana realność wartości. Pod pojęciem realności wartości mieści się to, co powinno powstać w realności, ponieważ jest dobre, piękne, ważne, sensowne. Kiedy jednak to właśnie z jakiegoś powodu nie powstaje, staje się źródłem cierpienia. Ludzie cierpią z tego powodu, że wartości pozostają nieurzeczywistnione.

W jaki jednak sposób możemy pozytywnie podejść do cierpienia? Viktor Frankl podaje w tym miejscu następującą argumentację: „kiedy nieludzkie cierpienie stale wiąże się z utratą wartości, to cierpiący może znaleźć pojednanie i akceptację jedynie wtedy, gdy sam i ze swojej strony urzeczywistnia nowe wartości – czy to przez swoje działanie, w którym spotyka się z cierpieniem, czy przez postawę, w której to cierpienie przyjmuje. Doświadczenie utraty wartości i osiągnięty wzrost wartości mogą się potem znów wyrównać w istnieniu wartości przerastającej człowieka; dodatkowo spełniona powinność nadaje wstecznie pewien sens niespełnionej powinności” (Lukas 1990, s. 76).

Wszyscy lekarze mają za zadanie świadczenie opieki medycznej. Celem tej opieki jest uczynienie człowieka zdolnym do znoszenia cierpienia, które w nieuchronny sposób pojawia się w życiu. Nie chodzi więc o przywrócenie zdolności do pracy i zdolności do przeżywania przyjemności, ale wzbudzenie właśnie zdolności do cierpienia. Opieka lekarska nie może być jednak postrzegana jako zastępcza w stosunku do opieki duszpasterskiej. Wielką tro-

ską logoterapii jest pocieszenie i umocnienie człowieka w jego cierpieniu, aby był on w stanie przetrwać okres takiej trudnej próby.

Praca posiada dla wielu ludzi znaczenie „ważne dla życia”. Postrzegają oni w niej swój sens. Tym bardziej tragiczna w swoich skutkach okazuje się potem utrata pracy, względnie zdolności do pracy, czy to na skutek bezrobocia, czy też odejścia na emeryturę. Otóż dla takiej grupy ludzi wysuwają się na pierwszy plan wartości twórcze. Można powiedzieć, że pomijają oni w tym wszystkim fakt, że istnieją przecież i inne wartości pozwalające na ubogacenie życia w sens. Ludzie niemający pracy skłonni są do tego, aby wszystkie negatywne skutki, które na nich spadają, utożsamiać z ich bezrobociem. Jednak sama praca nie jest w stanie nadać sensu życiu. To, czy pewien rodzaj pracy posiada sens, czy nie, zależy wyłącznie od danego człowieka. Ktoś, kto znalazł w swoim zawodzie „spełnienie”, będzie się musiał być może po jej zakończeniu zmagać z pewnymi problemami. Frankl mówi w tym wypadku o powstaniu wewnętrznej pustki egzystencjalnej, która dotyka właśnie kogoś na skutek utraty pracy.

Próżnię egzystencjalną można także stwierdzić u osób, które w niedzielę, dniu wolnym od pracy, nie potrafią się niczym zająć i po prostu tęsknią za początkiem kolejnego tygodnia roboczego, kiedy ponownie wrócą do wiru pracy. Taki stan Viktor Frankl nazywa nerwicą niedzielną. Logoterapia prezentuje pogląd, że życie zawsze zachowuje swój sens, niezależnie od okoliczności. Nawet cierpienie i śmierć nie są w stanie zmienić takiego znaczenia życia. Kiedy uda się przekształcenie cierpienia w osobiste osiągnięcie, urzeczywistnia się największy sens życia. W żadnym jednak wypadku nie powinno to oznaczać poszukiwania cierpienia w celu urzeczywistnienia sensu. Jedynie cierpienie, którego nie jestem już w stanie zmienić przez moją aktywność, jest cierpieniem prawdziwym i autentycznym. Sens cierpienia polega na tym, że w człowieku dokonuje się zmiana nastawienia i on sam staje się innym człowiekiem (Popielski 1994, s. 167–186).

3. Analiza egzystencjalna drogą poszukiwania sensu cierpienia

Analiza egzystencjalna pozostaje w specjalnej relacji do wszystkich dotychczasowych metod psychoterapii. Nie odmawia ona dotychczasowym metodom psychoterapeutycznym ich prawa do egzystencji, uznając osiągnięcie polegające na wejściu do pojęcia psychiki jako określonego zakresu istnienia człowieka.

Analiza egzystencjalna próbuje wejść w nowy zakres, a mianowicie zakres egzystencji. Kompleks zagadnień tego rodzaju wychodzi poza obszar psychologii i tym samym zakres ten staje się kompetentny tylko w stosunku

do wymiaru nieegzystencjalnego. Bycie istotą nieegzystencjalną oznacza bycie istotą psychologiczną, podlegającą prawom psychologicznym. Bycie istotą egzystencjalną określa „najgłębsze pokłady istnienia” człowieka (Heidegger) lub też, podtrzymując zdanie Frankla, jedyną niepowtarzalność człowieka. Psychologia dostrzega jedynie konieczność bycia człowieka; jej przeciwstawieniem jest egzystencja jako powinność, względnie możliwość bycia. W tym miejscu załamuje się psychologiczna koncepcja ludzkiego bycia, ponieważ może być ona jedynie nauką o konieczności, nigdy zaś o powinności istnienia. Właśnie tutaj zostaje przewyżniona w analizie egzystencjalnej.

Dla analizy egzystencjalnej problemem staje się właśnie to, co z punktu widzenia filozofii istnieje bez jakiegokolwiek wątpliwości, a mianowicie „egzystencja”, to, że możliwe jest jej bycie. Jedynie duch jest w stanie zachować swoją wolność w stosunku do uwarunkowań psychologicznych. Duch jest nośnikiem egzystencji. Bycie w znaczeniu egzystencjalnym jest byciem w sensie duchowym.

Analizie egzystencjalnej chodzi o uświadomienie wymiaru duchowego, który pozostaje jeszcze w sferze nieświadomości. Tutaj spotykamy się z podwójnym charakterem powinności, właściwym egzystencji. Po pierwsze, człowiek może mieć wymiar egzystencjalny i wtedy też posiada swoją powinność. Po drugie, może on być również nieegzystencjalny i wtedy powinien taki być. Myśl podana w ostatniej kolejności, a mianowicie to, że powinna być tutaj powinność, stanowi o istocie duchowości. Egzystencja oznacza w ten sposób wykazanie swojej możliwości bycia, aby wyprowadzić z tego następnie swoją powinność bycia. Duchowym problemem naszych czasów jest nie znalezienie powinności w *hic et nunc*. Zakresem działania analizy egzystencjalnej jest właśnie taka potrzeba duchowa, zwątpienie, potrzeba sumienia. Z tego powodu egzystencja otwiera się i stworzona jest analiza egzystencjalna.

W perspektywie powyższych analiz rodzi się pytanie: jak należałoby widzieć relację między analizą egzystencjalną i filozofią egzystencjalną? Nieślusznym jest w stosunku do analizy egzystencji traktowanie jej jako psychoterapii, która włącza do swojej teorii tylko niektóre aspekty filozofii egzystencjalnej. Analiza egzystencjalna jest raczej określonym kształtowaniem postaci myślenia egzystencjalnego. Brana jest pod uwagę ta postać, w którą zamienia się myślenie podczas spotkania pewnego „ja” z jakimś „ty” (w ramach opieki lekarskiej). Wkładem analizy egzystencjalnej do filozofii egzystencjalnej jest tym samym otwarcie nowego wymiaru filozofii egzystencjalnej, którym jest mianowicie spotkanie lekarsko-duszpasterskie. Takie spotkanie pewnego „ja” z pewnym „ty” odbywa się w przestrzeni duchowej. Każde istnienie, w którym jakieś „ja” zmierza ku jakiemuś „ty” stanowi nastawienie właściwe dla miłości. Miłość otwiera przed nami pierwiastek wieczności w człowieku, a są nim

wartości. Wartości istnieją w człowieku i tworzą jego godność. Godności tej nie traci się nawet przez śmierć.

Tezą stawianą przez analizę egzystencjalną jest zadaniowy charakter życia, zadaniowy charakter egzystencji. Podczas gdy Heidegger mówi o zwykłym, przypadkowym charakterze egzystencji, Frankl przyznaje, że jesteśmy osadzeni w egzystencji, ale ona jest z drugiej strony naszym zadaniem, polegającym na urzeczywistnianiu wartości. Pytanie stawiane przez życie musi otrzymać odpowiedź ze strony człowieka, musi on wziąć ze nie odpowiedzialność. Bierze też na siebie odpowiedzialność za wypełnienie życia konkretnym sensem. Sens zawsze już jest w nas i polega na tym, że my sami dopiero stworzymy go takim, jakim on już jest. Właśnie poprzez odpowiedzialność człowiek może konkretyzować sens swojego życia. Imperatyw kategorii analizy egzystencjalnej brzmiałby w ten sposób: „Postępuj tak, jakbyś nie umiał inaczej brać za niego odpowiedzialność i w ten sposób już nadałeś sens swojemu życiu”. Odpowiedzialność jest w ramach analizy egzystencjalnej obszernym tematem, podobnie jak wolność. Człowiek posiada wolność w stosunku do odpowiedzialności i do odpowiedzialnego działania. Wolność taka jest pozostawiona człowiekowi niezależnie od okoliczności.

Przemijanie lub przeszłość otrzymują również określone znaczenie dla analizy egzystencjalnej, ponieważ w przeszłości człowiek czuje się urzeczywistniony. Patrząc na przeszłość, można powiedzieć, że wszystko jest już przeżyte, doświadczone, „uwiecznione”. Przyszłość uzyskuje możliwość, do której urzeczywistnienia się zmierza, aby ją przechować w przeszłości. Dopiero w momencie śmierci człowiek staje się „całością”, jest on cały poprzez swoje zrealizowane możliwości.

Sumienie jako ta instancja, która określa istotę bycia człowiekiem, kieruje nim w trakcie poszukiwań sensu. Poprzez zwrócenie się ku własnemu sumieniu, człowiek kieruje się ku samemu sobie. Taka refleksja w kierunku samego siebie – powinność bycia – i nad własną odpowiedzialnością stanowi zadanie logoterapii. Kiedy pojawia się pytanie o początek lub podstawę sumienia, istnieją mniej więcej dwie możliwości, a mianowicie takie rozwidlenie dróg. Są ludzie, którzy postrzegają sumienie jako ostatnią instancję, jako punkt końcowy, szczyt. Inni z kolei widzą w sumieniu przedostatnią instancję, ponieważ ponad nią jest jeszcze Bóg. Sumienie jest więc w pewnej mierze „miejscem, w którym słyzy się głos Boga”. Każdy człowiek z osobna może sam zdecydować o tym, który z przedstawionych punktów widzenia, jest jego własnym (Michalski 2004, 87–102).

Droga prowadząca do sensu musi być zatem znaleziona samodzielnie, rozpoznana, powinna być za nią podjęta odpowiedzialność. Wartości, które „oczekują” w człowieku na swoje urzeczywistnienie, zawsze już w nim istnia-

ły, są one bowiem jemu zadane. W każdym człowieku obecne są inne wartości, a wynika to z niepowtarzalności każdej istoty.

Konkludując powyższe rozważania dotyczące znaczenia analizy egzystencjalnej w poszukiwaniu przez człowieka sensu cierpienia, można by odnieść się do różnych typologii wartości. Istnieją trzy kategorie wartości, które egzystencja otwiera przed człowiekiem: kategoria wartości twórczych, kategoria wartości przeżycia i wreszcie kategoria wartości nastawienia się. Ostatnia z wymienionych dotyczy autorefleksji człowieka nad charakterem jego egzystencji połączonym z cierpieniem. Właśnie w niej możliwe jest urzeczywistnienie najwyższego sensu. Analiza egzystencjalna nie stanowi bynajmniej przeciwstawienia klasycznym metodom psychologii głębokiej, jest ona obecna w psychologiach głębokich, z drugiej jednak strony stanowi ona ukoronowanie wszystkich tych metod.

Bibliografia

Hahn U. (1994), *Grundkonzepte der Psychotherapie*, Schwarzenberg, Wien.

Frankl V.E. (1947), *Man's search for meaning*, Beacon, Boston.

Frankl V.E. (1947a), *...trotzdem ja zum Leben sagen. Drei Vorträge*, F. Deuticke, Wien.

Frankl V.E. (1982), *Logotherapie und Existenzanalyse*, Piper, München.

Frankl V.E. (1982a), *Die Wille zum Sinn. Ausgewählte Vorträge über Logotherapie. Mit einem Beitrag von Elisabeth S. Lucas*, Hubner, Bern – Stuttgart.

Frankl V.E. (1987), *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie Und Existenzanalyse*, Fisher, Frankfurt.

Frankl V.E. (1996), *Das Leiden am sinnlosem Leoben. Psychotherapie für heute*, Herder, Wien.

Frankl V.E. (2002), *Der Mensch auf der Suche nach Sinn. Zur Rehumanisierung der Psychoterapie*, Herder, Freiburg.

Kurz K., Sedlak W. (1995), *Die sinnorientierte Konzeption religiöser Erziehung*, Stephans-Buchhandlung, Würzburg.

Längle A. (2000), *Endscheidung zum Sein*, Piper, München–Zürich.

Lucas E. (1990), *Rot im ratloser Zeit*, Herder, Freiburg.

Michalski J. (2000), *Wartości ludzkie i boskie treści nauczania katechetycznego*, w: *Aspekty aksjologiczne w edukacji*, red. U. Ostrowska, UWM, Olsztyn, s.155–187.

Michalski J. (2004), *Edukacja i religia jako źródło rozwoju egzystencjalno-kognitywnego. Studium hermeneutyczno-krytyczne*, UMK, Toruń.

Michalski J. (2005), *Wartości w procesie wychowania. Znaczenie i konieczność*, Forum Oświatowe 1, s. 47–69.

Popielski K. (1987), *Człowiek – pytanie otwarte. Studia z logopedii i logoterapii*, KUL, Lublin.

Popielski K. (1994), *Noetyczny wymiar osobowości. Psychologiczna analiza poczucia sensu życia*, KUL, Lublin.



Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Bleszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Bogusław Block FDP

Instytut Psychologii KUL JPII
Katedra Psychoterapii i Psychologii Zdrowia w Lublinie

CZAS NIE LECZY RAN. JAK PRZEŻYĆ ŻAŁOBĘ, BY NA POWRÓT UMIEĆ CIESZYĆ SIĘ ŻYCIEM WEDŁUG MANU KEIRSE

Wprowadzenie

Artykuł jest próbą zdemaskowania mitu jakoby czas leczył rany, a zarazem zawiera konkretną propozycję, jak wykorzystać czas podczas żałoby. Mit ten, tak głęboko wpisany w funkcjonowanie społeczne, sugeruje, by człowiekowi cierpiącemu – pogrążonemu w żałobie i przeżywającemu dotkliwą stratę nie przeszkadzać, ponieważ „czas sam wylizze rany”. W efekcie bliscy, zamiast udzielać odpowiedniego wsparcia, wyczekują. Również przeżywający żałobę pasywnie wyczekuje samouzdrowienia lub zapomnienia. Nic bardziej mylnego. Przeżywanie trudnego rozstania i bólu po stracie wymaga aktywności i wysiłku ze strony cierpiącego, a ze strony innych osób, dyskretnej i delikatnej, aczkolwiek umiejętnej pomocy. Sam czas nie wyleczy ran po stracie bliskiej osoby. Smutek i żal w żałobie jest procesem, który wymaga wykonania konkretnej pracy. Byłoby dobrze, gdyby bliskie osoby chciały i wiedziały, jak to umiejętnie zrobić, oraz potrafiły towarzyszyć cierpiącemu przejść przez ciemną dolinę cierpienia emocjonalnego i egzystencjalnego czy duchowego, by powrócić do życia bogatszym i wzmocnionym o nowe, choć trudne doświadczenia.

Tekst tego artykułu w głównej mierze opiera się na wiedzy i wieloletnim doświadczeniu profesora Manu Keirse, doktora nauk medycznych i zarazem psychologa klinicznego, dyrektora szpitala im. Serca Jezusowego w Leuven

w Belgii, przedstawionych w książce pt. *Smutek strata, żałoba. Jak sobie z nimi radzić?, Jak pomóc innym?*, wydanej przez Polskie Towarzystwo Encyklopedyczne Polwen w 2004 roku. Strony podane w artykule dotyczą tej publikacji.

Profesor Manu Keirse jest autorem wielu książek poświęconych tej tematyce. Osoby żywo zainteresowane tą tematyką mają możliwość zapoznania się również z innymi pracami tego autora. Znaczna część jego prac została przetłumaczona na język polski i ukazała się na naszym rynku w ostatnich latach, a są to: *Piętno smutku. Słowa otuchy dla tych, którzy cierpią, Pożegnanie z matką, Smutek dziecka. Jak pomóc dziecku przeżyć stratę i żałobę?, Psychologiczne aspekty opieki paliatywnej. Towarzyszenie pacjentowi i ich bliskim w sytuacjach kryzysowych, Co jeszcze tkwi w człowieku. O nadawaniu sensu chorobie, Jak sobie radzić z poronieniem, czy Życie z chorobą*. Osoby zmagające się z własnym losem, jak i te, które chciałyby im pomagać, mają szansę pogłębienia swojej wiedzy i umiejętności. W pracach tych Keirse przedstawia swoje głębokie przemyślenia oparte na wieloletniej praktyce. Ich zaletą jest trafność, przejrzystość myśli, a zarazem przystępny, praktyczny język, jakim Keirse omawia prezentowane zagadnienia. Mam nadzieję, że lektura tego artykułu, jak i prac profesora Keirse, pomogą wielu osobom zmierzyć się z bólem po stracie bliskiej osoby, w taki sposób, by doświadczenie śmierci, cierpienia i choroby nie stało się powodem klęski życiowej, ale zostało potraktowane jak wyzwanie, z którego można wyjść zwycięsko, z osobowością zreintegrowaną, by nadal, na ile to tylko możliwe, żyć pełnią życia.

Trudne rozstania

Prawie każdy z nas wie, iż strata jest nieodłączną częścią życia. Teoretycznie wiemy, że każdy, kto jest nam bliski, kiedyś odejdzie, a jednak tak niewielu z nas jest na to przygotowanych. Śmierć kogoś bliskiego często nas zaskakuje. Na przestrzeni życia spektrum doświadczanych strat jest ogromne i towarzyszy nam już od wczesnego dzieciństwa. Któż z nas nie przeżył straty ulubionej zabawki, ukochanego kota lub psa. Zwłaszcza trudne są rozstania z osobami, które kochaliśmy, a wspólnie spędzane dni wiązały nas razem i spletały, tworząc jeden, długi warkocz życia. Im były one ściślejsze, tym trudniej wejść w nowe życie, gdy ich zabraknie. Tym bardziej nam ich brakuje. Tym trudniej odnaleźć się na nowo w świecie, i dalej cieszyć się życiem. Trzeba przeżyć ból trudnego rozstania, a potem zapełnić krzyczącą pustkę i wszechobecny smutek. Przemijanie jest nieodłącznym atrybutem ludzkiej egzystencji. Zawsze coś się zaczyna i coś kończy. Gdy ktoś umiera, ktoś się rodzi, a każdy kto się urodził, musi kiedyś umrzeć. Na drodze życia spotyka-

my wielu ludzi, z niektórymi zżywamy się mocno, a kiedy nasze ścieżki życia rozchodzą się, wówczas dotkliwie przeżywamy ból rozstania. W tym znaczeniu strata, to zawsze mocne osobiste doświadczenie.

Nie ma dwóch ludzi, którzy będą odczuwać stratę bliskiej osoby dokładnie w ten sam sposób, mimo iż będą odczuwać wiele podobnych uczuć i reakcji. Strata współmałżonka to nie to samo, co utrata jednego z rodziców. Chociaż w rzeczywistości umiera ta sama osoba, odczucie poniesionej straty jest zawsze inne dla małżonka, a inne dla dziecka. Nawet dla każdego dziecka odejście matki czy ojca może być w ich odczuciu odejściem zupełnie innej osoby. Osobiste przeżycia, relacja, płeć, wiek, w którym doświadcza się straty, oraz warunki życia – wszystko to sprawia, że uczucie straty jest dla każdego inne, indywidualne, niepowtarzalne. Także rodzice, których dotknęła śmierć dziecka przeżywają jego odejście bardzo różnie. To samo dotyczy rodzeństwa w żałobie. W swoim smutku mogą wydawać się dla siebie obcy, jakby ich nic nie łączyło. U jednych wydarzenie to może spowodować między nimi przepaść nie do przebycia, podczas gdy u innych może stać się doświadczeniem bardzo zbliżającym ich do siebie (s. 15). Nie bez znaczenia jest tu sposób, w jaki tracimy kogoś bliskiego, zmienia on charakter samego przeżycia. Gdy chcemy pomóc, należy najpierw spróbować ich zrozumieć. Należy przy tym wziąć pod uwagę specyficzne problemy, jakie pojawiają się w konkretnym przypadku. Może lektura tego tekstu stanie się wsparciem dla osoby cierpiącej oraz dla osób pragnących być blisko tych, którzy doświadczają smutku.

Smutek jest drugą stroną miłości

Żal po stracie bliskiej osoby przynosi najpierw smutek. Jednak uczucia, podobne do tych, jakie przeżywamy po odejściu kogoś bliskiego, pojawiają się także w innego rodzaju stratach wysoko cenionych sobie wartości takich jak na przykład zdrowie, sprawność fizyczna czy psychiczna. Wszystko, co nosi w sobie znamię poczucia straty kogoś lub czegoś, może w efekcie powodować proces żałoby (s. 16). Niektórych ludzi tracimy jeszcze za ich życia, co często nie pozostaje zauważone przez otoczenie. Mogą to być przypadki utraty przyjaciół, stopniowe oddalanie się od siebie współmałżonków, albo też przypadki choroby psychicznej czy popadanie osób starszych w demencję. Żałoba pojawia się wtedy, gdy ktoś poważnie zachoruje i nie da się go wyleczyć. Chory musi stopniowo żegnać się ze zdrowiem, a w szybko postępujących chorobach także z życiem. Członkowie rodziny muszą rozstać się ze wspólnym życiem i przygotować się do tego, że będą musieli „iść dalej” sami. Chociaż obserwacje wskazują na to, że smutek jest uniwersalną reakcją na stratę, to jednak każdy przeżywa go w różnym stopniu. Nie dotyczy to jednak wszystkich ludzi.

Manu Keirse twierdzi, że „tylko ci, którzy są zdolni do miłości ludzi i rzeczy, odczuwają smutek. Ludzie, którzy nie umieją kochać innych, nie umieją cieszyć się życiem albo angażować się emocjonalnie w coś lub kogoś, przeżywają dużo mniej smutku. Smutek jest drugą stroną miłości” (s. 17). Proces żałoby jest wówczas sposobem radzenia sobie ze smutkiem. To przez smutek dochodzimy stopniowo do całkowitego uzdrowienia.

„Czas leczy wszystkie rany” – to znane, funkcjonujące w naszej świadomości powiedzenie. Nic bardziej mylnego. Czas sam w sobie niczego nie leczy. Jeśli „siedzimy w kącie” w oczekiwaniu, by czas nas uleczył – to nic się nie zmieni. *To nie czas nas uzdrawia, ale to, jak my ten czas wykorzystujemy.* Możliwe, że ból z czasem zmaleje, straci swoją intensywność, jednak uczucie smutku pozostanie. Pewna kobieta po latach wyznaje: „Minęło trzydzieści siedem lat [...], wcześniej nie mogłam o tym mówić ani z mężem ani z rodziną czy z przyjaciółmi. Nie mogłam tego wyrzucić, wypłakać. Nikt nie chciał mnie wysłuchać. Miałam poczucie winy, ponieważ pozwoliłam mojemu dziecku zasnąć na brzuchu, a ono się już nie obudziło. Teraz mam siedemdziesiąt dwa lata i dopiero niedawno, kiedy dobrzy znajomi mojej córki przeżyli podobny wypadek śmierci swojego dziecka w czasie snu, dostałam szansę, by opowiedzieć swoją historię i otrzymać trochę wsparcia” (s. 18). Jak się okazuje, to nie mijający czas działał uzdrawiająco, ale możliwość wyrażenia swojego smutku oraz wsparcie, które dostaje się od innych. Zaakceptowanie smutku przynosi więcej ulgi niż negowanie go, milczenie, czy zamykanie się w sobie. Jeżeli emocje nie mogą być wyrażone bezpośrednio, znajdują często inne, szkodliwe drogi ujścia, na przykład w formie dolegliwości fizycznych, szorstkiego sposobu bycia, rozgoryczenia, niekiedy cynizmu. Osoba w żałobie traci dosłownie część samej siebie. To nie jest jedynie przenośnia. Ludzie to nie tylko to, co widzimy, ich fizyczność, ale także doświadczane zdarzenia i związki. Psychika osoby przeżywającej stratę krwawi tak samo, jak jej ciało po zadaniu mu rany. Żałoba przenika wszystkie poziomy naszej osobowości.

Wewnętrznie ubogający smutek

Utratę bliskiej osoby można porównać do trzęsienia ziemi – niszczącej siły, która w jednej chwili wszystko obraca w ruinę. Od tej chwili życie wygląda już inaczej. Śmierć jest dla bliskich wstrząsem, z którym niełatwo sobie poradzić. Jaka przyszłość czeka tych, którzy przeżywają trudne rozstanie? Na to pytanie istnieje wiele możliwych odpowiedzi. Jedni po takim doświadczeniu żyją jedynie przeszłością, jakby czas zatrzymał się w chwili doznanego nieszczęścia. Przeżywają i żywo wspominają wszystko, co było przed ową stratą. Aktualne zdarzenia przypominają o tym, co stracili. Dla nich jakby zaciął się

„wehikuł czasu”. Inni pogrążają się w rozgoryczeniu, ogarnięci poczuciem braku celu popadają w depresję i nieumiejętność myślenia o jakiegokolwiek przyszłości. Na grobie bliskiej osoby, nawet po wielu latach, zawsze można zobaczyć świeże kwiaty i palący się znicz – ślad codziennych odwiedzin, wiecznie żywej pamięci. Są i tacy ludzie, którym udaje się przyjąć inną postawę, potrafią realistycznie spojrzeć na swoje plany, urządzić od nowa swój dom i życie. Mimo utraty bliskiej osoby, życie dalej biegnie swoim torem. Aby na nowo odnaleźć się w życiu, nie chodzi o to, by zapomnieć o bliskiej osobie, ale o to, by znaleźć sposoby dopasowania się do nowego życia, bez wymazywania z pamięci tego, co było. Przeszłość zawsze będzie określała barwy przyszłości. Można jednak dojść do nowej relacji ze zmarłą osobą, w której pamięć o niej pozostanie żywa i stanie się inspiracją do życia (s. 20). Nie jest to jednak ani proste, ani łatwe. Ponieważ strata bliskiej osoby jest zawsze osobistym doświadczeniem, ból z nią związany jest również osobistym cierpieniem.

Cierpienie w żałobie pochodzi od: (1) uczucia straty kogoś lub czegoś, (2) uczucia pustki, które przychodzi później, oraz z (3) uczucia chaosu, które sprawia, że dalej nie wiadomo, co robić. Jak i do kogo zwrócić się o pomoc, pocieszenie i wsparcie?

Co możemy zrobić w takiej sytuacji? Dzięki rodzinie, znajomym czy opiekunom można, przynajmniej na początku, wypełnić nieco uczucie bezgranicznej pustki. Dobrze jest zobaczyć, jakich reakcji nie da się uniknąć, ale też mieć świadomość ich przemijalności. Reakcje te są częścią procesu stopniowego uzdrawiania i przystosowywania się do nowej sytuacji, tej, która powstała po stracie.

Nie ma jednoznacznych reguł obchodzenia się ze smutkiem. Towarzysząc osobie pogrążonej w żałobie, lepiej jest wspierać ją w budowaniu jej własnych rozwiązań, niż proponować swoje. Przy tym wszystkim należy mieć świadomość, że cała wiedza na temat procesu żałoby i sposobów wspierania na niewiele się zda, jeśli osoba, która chce się nią posługiwać, nie połączy jej z własną opiekuńczością oraz szacunkiem dla uczuć i doświadczeń drugiej osoby. Nie można mówić ludziom, jak powinni się czuć. Można jedynie słuchać, jak się czują i pomóc im to wyrazić. Pytanie, jakie stawia sobie wielu z nas, a które nas oddala od ludzi pogrążonych w głębokim smutku brzmi: „Co powinienem powiedzieć?”. Nie trzeba spotykać się z ludźmi, żeby im coś powiedzieć, ale żeby posłuchać tego, co oni mają do powiedzenia. Każdy przeżywa śmierć kogoś, kogo kochał, na swój własny sposób. Nie istnieje „dobry” albo „zły” sposób odczuwania. Ważne jest, by wsłuchać się w skupieniu i z empatią, tak by pomóc osobie cierpiącej znaleźć jej własną odpowiedź (s. 20–21).

Cztery zadania w pokonywaniu smutku w żałobie

Chociaż każdy człowiek przeżywa odejście i stratę indywidualnie, w sobie właściwy sposób, to jednak istnieją pewne reakcje charakterystyczne dla większości z nas. Zdarzają się one jednak w różnych momentach, w innym tempie, z różną intensywnością. Nie należy też porównywać sposobów, w jaki ludzie przeżywają swój smutek. W związku z tym właśnie mówi się o „pracy z żałobą” (Wordem 1983). Oznacza to, że przerabianie straty wiąże się z wysiłkiem, jest konkretną pracą. To wyjaśnia, dlaczego ludzie pogrążeni w smutku potrafią być tak zmęczeni, że nie mają sił na codzienne zajęcia czy pracę zawodową (s. 25). Pracę ze smutkiem w żałobie można podzielić na cztery główne zadania, które muszą być wypełnione, aby móc przeboleć stratę. Pierwsze z nich, to akceptacja rzeczywistości po stracie lub w związku z nią. Drugie zadanie, to doświadczanie bólu straty, trzecie – przystosowanie się do rzeczywistości bez osoby zmarłej, czwarte zaś – znalezienie dla osoby zmarłej nowego miejsca w naszym życiu i nauczenie się od nowa kochać życie. Propozycja ta oznacza, że osoba będąca w żałobie jest w stanie aktywnie coś przedsięwziąć. Może mieć tym samym świadomy wpływ na dynamikę procesu własnej żałoby. Podjęcie tych zadań może stać się dla osoby cierpiącej swoistym antidotum na bezsilność, której doświadcza wielu ludzi po stracie kogoś bliskiego. Jednocześnie zawiera ona możliwość pomocy ze strony innych tak, by osoba pogrążona w żałobie nie została z tym całkiem sama. Z pomocą innych osób proces ten przebiega płynniej – oczywiście pod warunkiem, że jest to pomoc właściwa (s. 26).

Akceptacja rzeczywistości po stracie

Śmierć kogoś bliskiego często wywołuje uczucie, że to, co się dzieje, nie dzieje się naprawdę, że to tylko zły sen, „to niemożliwe”, „to jakaś pomyłka”, nawet jeśli śmierć nie była zaskoczeniem i nastąpiła po długim okresie choroby. Śmierć przychodzi zawsze za wcześnie. Gdy się już wydarzy, towarzyszy jej atmosfera nierealności. Pierwszą reakcją, jaka się pojawia, jest płacz, niektórym trudno wykształcić jedno słowo. Inni koniecznie chcą zobaczyć zmarłego na własne oczy, przekonać się naocznie o jego śmierci. Jeszcze inni reagują wycofaniem, zaczynają funkcjonować jak roboty, starając się zachować emocjonalny dystans. Reakcje te są wyrazem negocjowania, odrzucania rzeczywistości „nie do przyjęcia”. Wypowiedzi, jakie się wówczas pojawiają, są wyrazem szoku przeżywanego przez najbliższych. Póki ten stan nie minie, nie można zacząć procesu żałoby.

Rozpoczęcie żałoby wymaga najpierw akceptacji straty. Udawanie, że to nie dzieje się naprawdę, brak wiary w nieodwracalność śmierci, oczekiwanie, że osoba wróci, ożyje – to wszystko sprawia, że nie ma powodu do żałoby. Silna tęsknota zaś sprawia, że niemal widzimy, słyszymy, czujemy zapach zmarłej osoby. Tego typu przewidzenia, czy nawet halucynacje wiążą się ściśle z przyzwyczajeniami, które są podtrzymywane także po śmierci kogoś bliskiego. Jeszcze przez jakiś czas negujemy jego odejście. W tej sytuacji jest to zjawisko normalne i nie może być traktowane w kategoriach objawów choroby psychicznej. Jest rzeczą całkowicie normalną, że zachowujemy się tak, jakby osoba, która odeszła, wciąż była z nami.

Wdowa, która straciła syna, słyszała, jak grał w salonie na fortepianie. Gdy tam weszła, zobaczyła go siedzącego przy fortepianie, ale gdy położyła rękę na jego ramieniu zniknął. Wówczas poczuła ogromną złość na swego zmarłego męża, który ją samą zostawił, a także na syna, który nie był wystarczająco ostrożny i zginął w tragicznych okolicznościach. Poczuła przyływ ogromnego poczucia winy, że sama nie zapobiegła tragedii. W tym samym czasie poczuła dotkliwie własną samotność, opuszczenie, pojawił się ból trudny do zniesienia (s. 27). Takie jak ten i temu podobne momenty sprawiają, że żałoba zmienia się w czarną pustkę. Przynoszą uczucie głębokiego smutku, którego jak się wtedy wydaje, nikt nie jest w stanie zrozumieć.

Chcąc rozpocząć proces zdrowienia w żałobie, trzeba uznać fakt straty. Dlatego ważne jest, by zobaczyć ciało zmarłego. Z różnych powodów czasem się tego odradza. Często mówi się: „chcę go zachować w pamięci takim, jakim był za życia”. Stoimy jednak przed zadaniem akceptacji faktu śmierci bliskiej osoby. Wyobrażenie ciała osoby zmarłej, której „nie powinniśmy” oglądać, często okazuje się dużo gorsze od rzeczywistości. Z tych powodów rzeczą ważną jest, by niezależnie od okoliczności śmierci, przygotować ciało zmarłego tak, żeby rodzina mogła złożyć mu ostatnie wyrazy szacunku. Ewentualnie wystarczy odsłonić choćby małą część ciała, jeśli nie można inaczej.

Oprócz akceptacji rzeczywistości, aby przepracować smutek, ważne jest zrozumienie tego, co się wydarzyło. Potrzebujemy wytłumaczenia, jak i dlaczego miało to miejsce. Wytłumaczenie, które przyjmujemy dla siebie, nie musi być takie samo dla każdego. Ważne, by było ono zadowalające dla osoby, która staje przed tym pytaniem. Jeżeli nie potrafimy znaleźć „usensownienia” dla tej konkretnej śmierci, możemy się spodziewać problemów z przepracowaniem żałoby. W przyszłości może to spowodować lęk i powstanie ciągle dręczących pytań, na przykład „jak to się mogło stać?”, „Co jeszcze mogłem zrobić, by nie dopuścić do śmierci?”, oraz poczucia niepewności „Co jeszcze może się zdarzyć?” (s. 29).

Brak podjęcia trudu pierwszego zadania i nieprzepracowanie go, oznacza zatrzymanie się w całkowitej lub częściowej negacji rzeczywistości. Niewyra-

zenie zgody na śmierć może się przejawiać na różne sposoby. Można nie akceptować samego faktu straty, utrzymując wszystko w gotowości do powrotu zmarłej osoby. Można też negocjować ważność doświadczenia straty, umniejszając znaczenie utraconej osoby lub marginalizować znaczenie samej straty. Powstaje pytanie, w jaki sposób służyć pomocą na tym etapie żałoby? Możemy pomóc, pilnując, by żałobnik miał szansę pożegnać się ze zmarłym, jeśli nawet został mocno okaleczony. Zaangażowanie rodziny w przygotowania do pogrzebu także pomaga w urealnieniu zdarzenia.

Manu Keirse w swoim wieloletnim doświadczeniu stoi na stanowisku, że dobrze jest zaangażować w zaistniałą stratę dzieci, ale w taki sposób, by strata stała się dla nich bardziej konkretna i zrozumiała. Często nie odważamy się zabrać dzieci na ostatnie pożegnanie ze zmarłym, ponieważ obawiamy się zbyt traumatycznego wpływu tego doświadczenia na dziecko. Jednak, jeśli pozwoli się dzieciom zadawać pytania, uszanuje się ich uczucia i zajmie nimi z troską oraz uwagą, spotkanie ze zmarłym z pewnością nie przyniesie żadnych negatywnych konsekwencji. Trzeba być przygotowanym na trudne pytania ze strony dzieci, które dorosłych wprowadzają w zakłopotanie. Często właśnie obawa przed tymi pytaniami jest rzeczywistym powodem niezabierania dzieci na pogrzeb. Nie wiemy bowiem, co im odpowiedzieć. Oto jeden przykład: kiedy dziewczynka miała cztery lata, jej tato ciężko zachorował. Zamieszkała wówczas na pół roku u cioci i stamtąd chodziła do szkoły. Gdy znów wróciła do domu, było już po pogrzebie ojca. Powiedziano jej jednak, że wyjechał w bardzo długą podróż służbową. Minęło wiele czasu, zanim dowiedziała się, co naprawdę się wtedy zdarzyło. Teraz ma dwadzieścia jeden lat i wciąż nie może poradzić sobie z tą sytuacją – do tego stopnia, że nie rozmawia ze swoją mamą ani o ojcu, ani o okolicznościach jego śmierci (s. 30). Przepracowanie pierwszego zadania wymaga akceptacji zaistniałego faktu straty, ale równie ważne jest zrozumienie przyczyn i okoliczności tego wydarzenia.

Doświadczenie bólu straty

Drugie zadanie to doświadczenie bólu straty. Nie ma innej drogi. Jedyna droga do przepracowania żałoby to droga wprost przez ból. Wszystkie zabiegi w celu zmniejszenia, czy też ukrycia bólu przedłużają jedynie proces żałoby. Można próbować nie myśleć o tym, co się wydarzyło, próbować zapomnieć, wyprzeć ze świadomości. Można próbować minimalizować stratę, odwracać swoją uwagę na bieżące sprawy, by w ten sposób uciec od własnego smutku. Można uważać, że smutek jest niepotrzebny, bo i tak spotkamy się wszyscy po śmierci. Można uciekać w nawał zajęć, zatracać się w pracy zawodowej

tak, że ledwo ma się czas na przeżywanie rozstania i smutku. Wszystkie te sposoby przynoszą może chwilową ulgę, lecz zemszczą się w przyszłości. Jeżeli szukamy uzdrowienia, uwolnienia od bólu, jeśli szukamy prawdziwego zadowolenia w życiu, musimy pozwolić sobie na doświadczenie bólu. Zdaniem M. Keirse, jest to jedyne, co naprawdę pomaga. Jeżeli nie pozwolimy sobie na odczuwanie bólu, on wróci później pod postacią objawów choroby czy „niezrozumiałych” zachowań.

Próbując opisać pewne zazwyczaj występujące zachowania, nie należy zapominać o indywidualnych różnicach w przeżywaniu bólu po stracie. Najbardziej charakterystyczna postawa to nie zachowania depresyjne, ale tymczasowe i mocne doświadczenie bólu, w którym dominuje głęboki smutek. Epizodom tym towarzyszą okresy doznawania dużego lęku i cierpienia psychicznego. Zwłaszcza w momentach uświadomienia i odczuwania braku zmarłej osoby. Występuje wówczas duży smutek, częsty płacz. Na początku żałoby uderzenia bólu są bardzo częste. Po kilku tygodniach ich częstotliwość zmniejsza się. Szczególnie trudne są te momenty, które przywołują na myśl stratę. Wywołują je wspomnienia wspólnie przeżywanych miłych chwil. Wszystko, co wywołuje doznania emocjonalne, może nagle przywołać ból po stracie: pierwsze krokusy w ogrodzie, pierwszy słonecznik, pierwsze kwiaty na łące itp. Ból może być już gdzieś daleko w tle, ale nagle powraca na pierwszy plan, i to w momencie, w którym wcale się go nie spodziewamy. Nie można tego unikać. „Przerabiać” smutek, to doświadczać ból. Po stracie bliskiej osoby dni świąteczne często są dniami wielkiego smutku, intensywnego odczuwania jej braku, poczucia straty i opuszczenia czy osamotnienia. Również tego nie można unikać. Towarzysząc osobie w żałobie, często nie wiemy, jak się mamy wówczas zachować. Okażemy więcej zrozumienia, jeśli zamiast typowych życzeń na przykład „szczęśliwego Nowego Roku”, poświęcimy więcej uwagi żałobnikowi, mówiąc: „Pierwszy Nowy Rok bez Kasi jest dla ciebie pewnie trudnym dniem”. Potem należy raczej otworzyć się, i być gotowym wysłuchać opowieści tej osoby o jej uczuciach, o doświadczanym smutku, o przeżywanej stracie.

Ból smutku przejawia się nie tylko w cielesnych doznaniach płaczu i cierpienia, ale także w postaci buntu i agresji. Agresja może być skierowana wobec wszystkich – zmarłego, Boga, siebie, krewnych, przyjaciół, lekarzy, szpitala. Uczucia te są zupełnie normalne w procesie przeżywania żałoby i muszą mieć możliwość ujścia. Otoczenie nie powinno ich tłumić. Najbliżsi są niejako zmuszeni, by zmierzyć się z agresją. Małżonkowie bardzo często wyładowują swoją agresję na sobie nawzajem. Jest to dla nich trudny i niebezpieczny okres. Taka sytuacja może nawet zniszczyć małżeństwo. Najczęściej zastanawiamy się wtedy, czyja to wina, podczas gdy przyczyna leży poza nami, często po stronie okoliczności.

W innym przypadku ból może się objawiać poczuciem winy. W bliskim związku dwojga ludzi zawsze istnieją jakieś powody do tego, by wyrzucać sobie jakieś niedociągnięcia. „Ach, gdybym lepiej się nią opiekował...”, „Gdybym nie zgodził się na to czy tamto...”, „Och, gdybym zrobił to i tamto...”. Te wszystkie wątpliwości, bardzo długo dręczą tych, którzy przeżywają stratę. Nawet, gdy chodzi o irracjonalne, nieuzasadnione poczucie winy, lepiej jest zamiast zaprzeczać i usprawiedliwiać, pozwolić je uzewnętrznić. Uczucia te, są również wyrazem wewnętrznego bólu po stracie. Zamiast mówić osobie pogrążonej w żalobie, że nie ma powodów, by czuła się winna, lepiej powiedzieć, że poczucie winy jest naturalną reakcją w procesie żałoby, a uwolnić się od niego można jedynie, dając mu ujście. Niewysłuchanie i negowanie poczucia winy nie oznacza potwierdzenia słuszności winy, ale jest po prostu drogą, dzięki której osoba w żalobie, stopniowo uwalnia się od bólu.

Na tym etapie pracy z żalobą, odczuwania bólu, potrzebna jest czasem przerwa, chwilowe zapomnienie o nim. Wydaje się to konieczne, by nabrać choć trochę energii, niezbędnej do dalszego radzenia sobie z cierpieniem. Dobrze jest wyjechać gdzieś na kilka dni, zająć się czymś, może obejrzeć jakiś film. Jest to niezbędne, aby ból nie osłabił nas całkowicie. Nie będzie to jednak ucieczka od bólu, ale jedynie chwila wytchnienia. Problemy mogą powstać wtedy, gdy ciągle będziemy uciekali od bólu. Możemy komuś pomóc w wypełnieniu drugiego zadania, nie uciekając od zmierzania się z jego bólem, ale dając żalobnikowi szansę uporania się z nim.

Niewypełnianie drugiego zadania oznacza zamrożenie uczuć. Istnieje chęć, by nic nie czuć, próbować nie okazywać uczuć, unikać wszystkiego, co przypomina zmarłego, a niekiedy nawet wpadać w euforię. Jeżeli nie przepracujemy drugiego zadania, może się po czasie okazać, że potrzebna będzie psychoterapia. Wtedy dużo trudniej jest wracać i przeżywać ból, którego kiedyś próbowało się unikać. Dodatkową komplikacją może być fakt, że w późniejszym czasie trudniej jest innym ludziom zrozumieć naszą sytuację, i często też otrzymujemy mniej wsparcia niż zaraz po zdarzeniu. Znajomi i członkowie rodziny często obawiają się wspominać imię zmarłej osoby, by nie wywołać czyjegoś bólu. A przecież są to okazje, by nie zostawić cierpiących sam na sam z bólem. Motywem takiego zachowania jest chęć oszczędzenia komuś bólu, ale w ten sposób nie pomaga się osobie pogrążonej w żalobie poradzić z tym uczuciem. Postępując w ten sposób, blokuje się nie tylko możliwość przepracowania żałoby, ale także dalszy rozwój osoby.

Ludziom pogrążonym w żalobie można pomóc w podjęciu i zakończeniu drugiego zadania, gdy daje się im szansę skonfrontowania i doświadczenia bólu w atmosferze wsparcia, zamiast unikania go. Pomocna jest także możliwość wytłumaczenia, że reakcje buntu i poczucie winy są reakcjami całkowicie normalnym, które mogą być uzewnętrznione i których nie należy tłamsić.

Ludziom pogrążonym w smutku pomaga się poprzez słuchanie o tym, jak się czują, a nie przez mówienie im, jak się powinni czuć.

Przystosowanie do rzeczywistości bez osoby zmarłej

Trzecie zadanie polega na dopasowaniu się do życia bez osoby zmarłej. W zależności od znaczenia i roli, jaką pełnił zmarły w naszym życiu, będzie ono oznaczało coś innego. Stopniowo, krok po kroku, uświadamiamy sobie, jaką rolę pełniła w naszym życiu zmarła osoba. Wdowa może potrzebować kilku miesięcy, zanim całkowicie uświadomi sobie, co dla niej znaczy żyć bez męża. Wdowa nie tylko traci męża, ale także towarzysza życia, osobę która ją знаła, przytulała, podwoziła do pracy czy sklepu, która razem z nią wybierała upominki pod choinkę, kosiła trawnik, wypełniała PIT-y, z którą można było porozmawiać, a teraz nie ma nawet z kim się pokłócić. Procesowi przystosowywania się do życia, bez osoby zmarłej towarzyszy często dużo emocji, takich jak: złość, smutek, gniew, rozczarowanie, czy bezsilność. Dla Krystyny pierwszy rok po śmierci męża nie był najgorszy. Jej mąż umarł w wieku trzydziestu lat. W tym okresie doznawała dużo wsparcia od znajomych. W drugim roku po jego śmierci czuła się o wiele bardziej osamotniona, osaczona przez rzeczywistość. Różnica między tym, co było kiedyś a teraz robiła się coraz większa: samotność, opuszczenie, bycie na zawsze oddzieloną od męża, niemożność wspólnego wychowywania dzieci i wspólnego mierzenia się z codziennością.

Śmierć współmałżonka często oznacza również zmianę statusu społecznego. Może ona wpłynąć na utratę kontaktu z grupą przyjaciół czy znajomych. Rodzice, którzy tracą swoje jedyne dziecko, są często traktowani jak małżeństwo bezdzietne, zamiast jak rodzice zmarłego dziecka.

Trzecie zadanie nie powiedzie się, jeśli nie dopasujemy się do życia z uwzględnieniem tej straty. Niektórzy szkodzą sobie, przyjmując postawę bezradności. Alienują się od otoczenia i unikają podjęcia obowiązków społecznych, nie rozwijają umiejętności, które są im potrzebne. Jedną z form uzewnętrznienia takiej postawy jest idealizowanie zmarłego. Staje się to szczególnie problemem w rodzinach, w których umiera jedno z dzieci. Idealizowanie zmarłego dziecka może sprawić u pozostałych dzieci odczucie, że nie są na tyle ważne dla rodziców, na ile powinny być. „Rodzice przestali nas zauważać, żyją tylko dla swojego smutku. Nie interesują się nami, a my przecież wciąż istniejemy”. Dzieci smucą się z powodu straty brata lub siostry, ale każdego dnia stają przed faktem, że zmarłe dziecko znaczyło więcej dla rodziców niż one. Rzeczywiście, rodzicom niełatwo jest znaleźć ów „złoty środek”. To tu leży problem, który jest często pomijany.

Inny sposób, w który chce się zatrzymać przy sobie zmarłego, to identyfikacja. Może się to przejawiać w różnej formie. Osoba dotknięta stratą może przejąć cele, zainteresowania i aktywności ukochanej osoby. Zachowuje się zupełnie jak zmarły. Kiedy indziej chcemy, żeby dzieci zajęły miejsce zmarłego. Najstarszy syn czy córka są wtłaczani po śmierci współmałżonka w jego rolę. Chęć własnej śmierci jest również jedną z form identyfikacji ze zmarłym. W tym przypadku, tak naprawdę nie chodzi o odebranie sobie życia, ale o połączenie się z osobą zmarłą, by w ten sposób uwolnić się od bólu.

W zadaniu przystosowania się do rzeczywistości bez zmarłej osoby może pomóc wspierające otoczenie. W przypadku kiedy czas żałoby przebiega normalnie, idealizowanie zmarłego stopniowo zanika, a na jego miejsce przychodzi realny obraz. Przerabianie trzeciego zadania oznacza naprawę realnego obrazu, zawierającego zarówno pozytywne, jak i negatywne elementy. Możemy pomóc osobie przeżywającej stratę w podjęciu trzeciego zadania, wysłuchując tego, co oznacza dla niej dopasowanie się na nowo do życia z uwzględnieniem trudności, jakie to ze sobą niesie. Możliwość zwerbalizowania swoich myśli i uczuć pomaga stopniowo odnajdować na nowo swoją rolę w życiu. Dzięki uważnemu słuchaniu można też dowiedzieć się, co jest najtrudniejsze w tej nowej roli, czego ta osoba musi się nauczyć, a tym samym, w czym potrzebuje naszej pomocy. Jeżeli chodzi o idealizowanie zmarłego dziecka, można pomóc przez okazanie dodatkowego ciepła i uwagi innym dzieciom do momentu, aż rodzice będą w stanie znów poświęcić im swój czas i uwagę.

Znalezienie dla osoby zmarłej nowego miejsca w naszym życiu i nauczenie się od nowa kochania życia

Czwarte zadanie polega na znalezieniu dla zmarłego nowego miejsca w naszym życiu, także w sferze emocji. Nie znaczy to, że się tę osobę przestaje darzyć uczuciem miłości, albo że się o niej zapomina. Należy pamiętać, że stosunek do zmarłego ewoluuje. Osoba, która odeszła, nadal może zajmować szczególne miejsce w sercu i w pamięci tych, którzy pozostali. Chodzi raczej o to, że osoba osierocona dochodzi stopniowo do momentu, w którym znajduje emocjonalną energię do życia poza tym związkiem. Uczy się na nowo kochać życie i innych ludzi, a cała uwaga nie jest kierowana jedynie na to, co utraciła.

Wiele osób ma trudności z tym zadaniem. Często obawiamy się, że stracimy pamięć o zmarłym małżonku, dziecku, rodzicu, ucząc się od nowa kochać życie czy innych ludzi. Niektórzy boją się też perspektywy kolejnej straty. Ten lęk utrudnia im nawiązanie bliskich relacji. Mimo iż od śmierci

bliskiej osoby upłynęło już sporo czasu, gdy na przykład po powrocie z przyjęcia weselnego czujemy wyrzuty sumienia, że pozwoliliśmy sobie na zabawę.

Niedokończenie czwartego zadania może wyrażać się w postawie: „z nikim się więcej nie wiązać, nie odczuwać miłości ani do życia, ani do innych ludzi”. Niektórzy uważają stratę za tak bolesną, że postanawiają nie zawierać już nowych związków. Wycofują się z życia. Wówczas pozwalamy sobie utknąć w tym miejscu, by po wielu latach odkryć, że nasze życie zatrzymało się w momencie, w którym doświadczyliśmy straty.

Domknięcie procesu żałoby

Proces żałoby domaga się jego domknięcia. Zostaje zakończony w momencie wykonania czterech wymienionych wyżej zadań. Trudno określić czas, jaki jest potrzebny na wypełnienie się całego procesu. Zależy to od wielu czynników, na przykład od stosunku, jaki łączył nas ze zmarłą osobą; sposobu przechodzenia żałoby; od okoliczności śmierci ukochanej osoby; sposobu, w jaki dowiedzieliśmy się o śmierci; współczucia i wsparcia, jakie otrzymaliśmy po śmierci bliskiego; od możliwości zrobienia czegoś, co uważamy, że powinniśmy zrobić wobec zmarłego jeszcze za jego życia. Okres jednego roku do dwóch lat nie jest za długim okresem na przepracowanie straty. Manu Keirse uważa, że nawet pięć lat, to wcale nie za długo, by poradzić sobie ze stratą dziecka. Dopiero gdy możemy wspominać zmarłą osobę bez uczucia intensywnego bólu to znak, że poradziliśmy sobie z przepracowaniem żałoby, mimo iż echo tego bólu będzie się w nas odzywało przez całe życie (s. 39).

Obecność smutku po trudnym rozstaniu z osobą, którą kochaliśmy, która wiele znaczyła w naszym życiu, można porównać z cieniem. Smutek po stracie idzie za ludźmi, którzy doświadczyli straty, już na zawsze pozostaje z nimi, tak jak ich własny cień. Cień człowieka jest czasem większy, czasem mniejszy, czasem z przodu, innym razem z tyłu czy z boku, ale zawsze mu towarzyszy. Podobnie dzieje się ze smutkiem. Czasem widzimy go wyraźnie, a w innych momentach pozostaje niewidoczny, by znowu całkowicie niespodziewanie pojawić się w dużym natężeniu. Nawet po latach przypomną je miejsca lub zdarzenia, które w sposób szczególny były związane ze zmarłą osobą. Reakcje na stratę mogą powracać przy okazji różnych świąt i uroczystości rodzinnych. Pamięć o zmarłych rodzicach powraca u dzieci w każdym ważnym momencie ich dorostania, przy wyborze kierunku studiów czy w dzień ślubu. W momentach, które powinny być dla nas wyjątkowo szczęśliwe, pojawia się znowu smutek – objaw poczucia straty.

Na koniec wyraźnie należy zaznaczyć, że wynikiem końcowym przepracowania żałoby powinna być „integracja” a nie „zapomnienie” zmarłej osoby. Z powodu nieumiejętności radzenia sobie ze smutkiem, otoczenie często oczekuje od nas zapomnienia o stracie. Tymczasem zapomnienie nie jest pociechą. Zapomnienie jest brakiem umiejętności akceptacji smutku. Z biegiem czasu traci on swoją siłę. Praca nad poczuciem straty została zakończona, jeżeli czujemy się gotowi zacząć inwestować w dalsze życie i w nowe relacje z ludźmi. To jednak nie zawsze musi oznaczać faktyczne zakończenia okresu żałoby. Nowy ślub po niedługim czasie lub szybkie rozpoczęcie starań o nowe dziecko mogą w jednym przypadku oznaczać zamknięcie procesu żałoby, podczas gdy w innym oznaczać będzie jedynie próbę zagłuszenia bólu.

Dobre zakończenie procesu żałoby zawierać powinno co najmniej trzy kolejne, ściśle powiązane ze sobą elementy. Po pierwsze, przez większość czasu znów czujemy się dobrze i umiemy się cieszyć z małych, codziennych spraw. Po drugie, potrafimy stawiać czoła problemom życia, a po trzecie, uwalniamy się spod władzy smutku.

Przepracowanie smutku w żałobie niesie ze sobą szansę na nowe życie pełne zadowolenia. Cień smutku, który może się nieraz pojawić, wymaga nieustannej pracy, bo proces żałoby ma swoją dynamikę, w którym nie możemy przyjąć pasywnej postawy. Żałoba jest raczej zadaniem do wykonania. Po doświadczeniu poważnej straty nasze życie nigdy nie powraca do swojej poprzedniej postaci. Nie oznacza to, że nie możemy na nowo odnaleźć swojego sensu w życiu i znów być szczęśliwi. Możemy rosnać poprzez smutek z bagażem tego doświadczenia, uszlachetnieni przez przeżyty ból, możemy znaczyć bardzo wiele dla innych. Nowa forma obecności zmarłego w naszym życiu może stać się dla nas źródłem inspiracji i siły. Otoczenie, może wspomagać ludzi przeżywających stratę, może im także utrudniać to zadanie brakiem wiedzy, empatii czy niestosownymi reakcjami.

Bibliografia

Keirse M. (2004), *Smutek, strata, żałoba. Jak sobie z nimi radzić? Jak pomóc innym?*, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne POLWEN, Radom.

Keirse M. (2005), *Piętno smutku. Słowa otuchy dla tych, którzy cierpią*, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne POLWEN, Radom.

Keirse M. (2005), *Pożegnanie z matką*, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne POLWEN, Radom.

Keirse M. (2005), *Smutek dziecka. Jak pomóc dziecku przeżyć stratę i żałobę?*, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne POLWEN, Radom.

Keirse M. (2006), *Psychologiczne aspekty opieki paliatywnej. Towarzyszenie pacjentowi i ich bliskim w sytuacjach kryzysowych*, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne POLWEN, Radom.

Keirse M. (2007), *Życie z chorobą*, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne POLWEN, Radom.

Keirse M. (2007), *Co jeszcze tkwi w człowieku. O nadawaniu sensu chorobie*, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne POLWEN, Radom.

Keirse M., Spitz B., Vandermeulen A. (2007), *Jak sobie radzić z poronieniem*, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne POLWEN, Radom.



Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błeszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Ks. Mirosław Mróz

Wydział Teologiczny
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

**„BOŻE MÓJ, BOŻE MÓJ,
CZEMUŚ MNIE OPUŚCIŁ?” (MT 27, 45).
SAMOTNOŚĆ I LĘK CZŁOWIEKA CIERPIĄCEGO
ODCZYTANE W ŚWIETLE NIEKTÓRYCH
INTUICJI TEOLOGICZNYCH
ŚW. TOMASZA Z AKWINU**

Krzyk Chrystusa na krzyżu „Boże mój, Boże mój, czemuś Mnie opuścił?” był od zawsze także krzykiem człowieka cierpiącego i obolałego, zwłaszcza w momencie jego śmierci. *Deus meus, Deus meus, ut qui dereliquisti me?* – są to zapewne te słowa, które wypowiedane w przeróżnych językach świata, spontanicznie domagały się własnej interpretacji. Przy nich zatrzymywali się nie tylko wielcy teolodzy i filozofowie, ale niemalże każdy człowiek. I to często abstrahując nawet od przynależności religijnej. Za takimi wielkimi myślicielami, jak dla przykładu Hegel, Schelling, Feuerbach, Schopenhauer, czy także Nietzsche, można powiedzieć, że to na nich spoczywa, „jakby na ostrzu noża”¹, dylemat prawdy o człowieku i jego stosunku do Boga. A to dlatego, że to właśnie przy tych słowach rozpoczyna się najczęściej także temat „śmierci Boga”, który wpisuje się niemyym echem w dziejową interpretację tego zdania. Tym samym słowa te zdają się być również miejscem początku, przynajmniej deklarowanego, ateizmu wielu.

¹ Por. X. Tilliette, *Chrystus filozofów. Prolegomena do filozofii chrystologicznej*, Znak, Kraków 1996, s. 254–279.

Człowiek cierpiący w obliczu śmierci, spoglądając na krzyż, powtarza intuicyjnie te same słowa co Chrystus. Czy znajdzie jednak tę samą co Chrystus odpowiedź? Co takiego jest w tych słowach Jezusa, że ich formuła i zawartość treściowa odzwierciedla wrażenie totalnej, wręcz ponaddziesięjowej klęski człowieka i wszystkie stopnie ludzkiego cierpienia, zwłaszcza te doznane w obliczu niechybnej śmierci? Śmierć jest zapewne wyrazem ludzkiej przygodności, także szczytowym punktem ziemskiej skończoności, niemniej śmierć Chrystusa jest czymś wyjątkowym i szczególnym. Dlaczego bowiem Bóg miałby – jeżeli jest i interesuje się nami – pośpieszyć z pomocą do mnie, jeżeli nawet nie oszczędził człowieka *par excellence* sprawiedliwego, swojego „boskiego” Syna? Czy śmierć Chrystusa doświadcza rzeczywiście skrajnego wyzucia: doświadcza nieobecności i milczenia Boga? Uniżenie Boga-Człowieka w chrześcijańskiej teologii było od zawsze kulminacyjnym punktem objawienia, dotyczącego zrozumienia tajemnicy bólu i śmierci ludzkiej. Jak to jednak jest możliwe, że nawet ten, który nie zna niuansów teologii kenozy Chrystusa, może doświadczyć w perspektywie wiary jedności z nauką płynącą z katedry krzyża? Gdy chcemy więc poznać owe „opuszczenie” dziejące się w obolałym sercu cierpiącego, jego samotność, ból i lęki, trzeba niejako z konieczności odnieść się do słów Jezusa. Co więcej, dla chrześcijanina, przeżycie razem z Jezusem i przyjęcie Jego drogi męki staje się nie tylko teoretycznym odnalezieniem zrozumienia swojego zatracenia, ale pierwszą i jedyną siłą, owym przełomowym momentem przeskoczenia progu cierpienia i bezsensowności śmierci. Tomasz z Akwinu w swoim *Komentarzu do Psalmu 22*², z którego pochodzą słowa wypowiedziane przez Chrystusa na krzyżu, interpretując Hieronimowy (według Akwinaty) tytuł Psalmu „Łania o świcie. Ku rannemu wzmocnieniu” (Ps 22, 1), powie w sposób metaforyczny: „*To [Bóg] daje moim nogom rączność nóg łani* (Ps 17, 34); [stąd] trzeba razem z Chrystusem przekroczyć dolinę śmierci, jak łania, która przeskakuje przez zarośla bez uszkodzenia swoich nóg, i staje na wysokich wyżynach. Ludzka natura Chrystusa przeszła przez cierpienie do życia bez uszczerbku, [...] i doznała chwały poranka zmartwychwstania”³. Jedność krzyków, płynąca z krzyża Golgoty

² Psalm 22 według Wulgaty jest psalmem 21., stąd Tomasz będzie operował tą właśnie numeracją.

³ S. Thomae Aquinatis, *Opera omnia*, t. 14: *In psalmos Davidis expositio*, Typis Petri Fiaccadori, Parmae 1863, s. 148–312; *Super Psalmo 21*, nr 1 [86959] (za: [www.corpusthomicum.org /data](http://www.corpusthomicum.org/data) dostępu: 31.10.2007/). Oto całość Tomaszowego rozumownia: *Titulus Hieronymi est: victori pro cervo matutino. In nostra littera, victori pro assumptione vel pro cerva matutina. In hoc Psalmo principaliter agitur de passione Christi. Secundo tangitur in eo de resurrectione: quia per eam datur intelligi passio, et passio ordinatur ad resurrectionem; sicut si dicam, iste est manumissus, ostendit quod fuit servus. Ergo iste Psalmus est David, idest Christi. Et est pro assumptione, idest resurrectione, et haec fuit matutina; unde, pro cerva, idest pro humana natura, vel pro cervo matutino, idest Christo: Ps. 107: exurgam diluculo. Hic autem titulus est quando David ibat profugus, et latebat in desertis sicut cervus. Unde supra dixit, Ps. 17: et posuit pedes meos tamquam cervorum. Unde pro ista tribulatione quae figurabat passionem Christi, intitulum iste Psalmus. Hoc modo*

i krzyża każdego innego miejsca indywidualnego cierpienia, z jednej strony ujmuje cały realizm i okropność tych sytuacji, ale jednocześnie daje maksymalne pocieszenie i jedyną formułę pozwalającą przejść w nadziei tajemnicę paradoksu śmierci i cierpienia, lęku osamotnienia i bólu.

Nie ma wśród teologów, zarówno dawnych, jak i nam współczesnych, takiego, który komentowałby równie obszernie i dogłębnie jak św. Tomasz z Akwinu wydarzenie Chrystusowego krzyża i Jego słów. Czyni to przede wszystkim w swoich komentarzach biblijnych *In psalmos Davidis expositio* (*Super Psalmo 21*), *Super Evangelium S. Matthaei lectura* (27, 45)⁴, a także na sposób spekulatywny w *Tertia pars Summae Theologiae*⁵, gdzie określa znaczenie i sens męki oraz śmierci Chrystusa. A co ważne, dokonuje on tego bez uszczerbku zarówno dla teologicznego, jak i antropologicznego zrozumienia ludzkiego dramatu śmierci.

Kontekst egzegetyczny krzyku z katedry krzyża

Dramat słów „Boże mój, Boże mój, czemuś Mnie opuścił?” (Mt 27, 45) należy zrozumieć w pierwszym rzędzie na polu semantycznej analizy biblijnej. Nie będzie nam tutaj chodzić o szczegółową egzegezę tego fragmentu Mateuszowej Ewangelii, dokonanej przez Akwinatę, lecz o kontekst szerszy, ogólnobiblijny i całościowoteologiczny. Krzyk opuszczenia Jezusa *Eli, Eli lema sabachtani?*, zarejestrowany przez Mateusza w języku greckim, św. Tomasz odczytuje według paryskiego wydania Wulgaty: *Deus meus, Deus meus, ut quid dereliquisti me?* Najważniejsze dla naszej interpretacji jest słowo: *dereliquisti* wywodzące się od *dereli* ” *uere*, co oznacza „opuścić zupełnie”, „porzucić”, „pominać”, czy też „zaniedbać”⁶, prawie zupełnie zgodne z greckim oryginałem *ἐγκαταλείτνω*⁷. Tomasz powie, iż według znaczenia poszczególnych

tamen melius refertur ad Christum, ut per cervum intelligatur humana natura in Christo, quia cervus transit spineta sine laesione pedum; sic Christus transivit per istam vitam praesentem sine sui iniquatione. Item cervus optime salit: sic Christus de fovea mortis ascendit ad gloriam resurrectionis. Et ideo cervus dicitur, et matutinus dicitur, quia tunc surrexit.

⁴ S. Thomae Aquinatis, *Super Evangelium S. Matthaei lectura* (Reportatio Petri de Andria), red. R. Cai OP, Editio V revisa, Marietti, Taurini–Romae 1951, nr 2380–2387.

⁵ S. Th., III, qq. 46–50: q. 46: *Męka Chrystusa*; q. 47: *Przyczyna sprawcza męki Chrystusa*; q. 48: *Sposoby, w jakie męka Chrystusa osiągnęła swój skutek*; q. 49: *Skutki męki Chrystusa*; q. 50: *Śmierć Chrystusa* (S. Thomae Aquinatis, *Opera omnia*, t. 11–12: *Tertia pars Summae theologiae*, Ex Typographia Polyglotta S. C. de Propaganda Fide, Romae 1903–1906).

⁶ Por. ks. A. Jougan, *Słownik kościelny łacińsko-polski*, Wydawnictwo Archidiecezji Warszawskiej, Warszawa 1992, s. 187.

⁷ Por. W. Borek, *Tajemnica cierpienie w wymiarze teologicznym*, w: A. Bartoszek (red.), *W poszukiwaniu sensu cierpienia. Dialog interdyscyplinarny*, Biblos, Katowice 2006, s. 140.

słów nagromadzonych w tym wyrażeniu, można je oddać przez: „Wejrzyj na mnie [...], bo jestem samotny (*respice in me [...] quia unicus*)”⁸.

Kiedy czytamy całość i chronologię biblijnych wydarzeń, należy zauważyć, że znajdujemy się w centrum prezentowanego dramatu śmierci Jezusa. Rzeczywistość jest tragicznie pesymistyczna, co uwydatnia kompozycja samego tekstu, w którym został umieszczony krzyk Jezusa. Osamotnienie osoby Jezusa, droga ku Golgocie, ciemności, szyderstwa, zderzenie szat, przybicie do krzyża i wreszcie męka ciała w plastyczny sposób odmalowują obraz ułatwiający zrozumienie faktu zaistniałego lęku i bólu, zarówno fizycznego, jak i Jezusowej duszy. Tutaj cierpi cały człowiek. Ewangelia za pomocą obrazów uwydatnia negatywność historycznego kontekstu wydarzenia krzyżowej męki, w której krzyk Jezusa staje się wyrazem „opuszczenia” sprawiedliwego.

Tomasz w interpretacji Psalmu 22 najpierw kładzie nacisk na sam opis męki, w którym wiodące stają się takie terminy, jak: „daleko od mego zbawienia” (*longe a salute mea*), „nawet nocą nie ma dla mnie ciszy” (*et nocte et non est silentium mihi*), „nie wysłuchujesz” (*non exaudis*), „dlaczego to wszystko zło spotyka nas?” (*cur haec mala omnia apprehenderunt nos?*), „uzdrow mnie” (*sana me domine*), „zbaw mnie” (*salvum me*), czy też „słowa mego jęku są daleko od mego zbawienia” (*verba delictorum meorum sunt longe a salute mea*). To wszystko po to, aby dla kontrastu w drugiej części mówić już o tym, że ów wielki krzyk cierpiącego, jest co prawda krzykiem prawdziwej trwogi, ale nie rozpaczy. Skarga przeradza się w modlitwę do Boga i w pewność końcowego triumfu. Ufność rodzi się tu samorzutnie, pomimo ciemności, jakiej ludzkie i ziemskie pielgrzymowanie nie oszczędza. Tutaj Tomasz zamyka swoją alokucję, używając takich słów, jak: „złóż nadzieję w Panu” (*sperasti in domino*), „w Tobie, nie w świecie, pokładali nadzieje ojcowie nasi” (*in te, non in mundo, separaverunt patres nostri*), „nadzieja zawieść nie może” (*spes non confunditur*).

Moment jednak, który – patrząc po ludzku – jest tym najbardziej krytycznym, zawiera się właśnie w słowach Jezusa „Boże mój, Boże mój...”. Oprócz ewangelisty Mateusza, słowa te przytacza św. Marek (15, 34). Św. Łukasz natomiast pisze: „Wtedy Jezus zawołał donośnym głosem: *Ojcze, w Twoje ręce powierzam ducha Mojego*” (23, 46). Św. Jan natomiast, idąc po myśli swojego teologicznego planu, odnotowuje dwa ostatnie słowa Jezusa: „Pragnę” i „Dokonało się” (19, 28.30). Można więc powiedzieć, iż wszyscy Ewangelieści oddają dramatyczność przeżywanego sytuacji, która w zwrocie „czemuś Mnie opuścił?” jest jakby najpełniejszym oddaniem przeżywanego doświadczenia: ciemności mroku cierpiącego człowieka, oddalonego od tego wszystkiego, co ludzkie, a pozostawionego w przestrzeni aktualnej samotności.

⁸ Tomasz odwołuje się tutaj do Psalmu 25, 16: „Wejrzyj na mnie i zmiłuj się nade mną, bo jestem samotny i nieszczęśliwy”.

Akwinata z dużym naciskiem podkreśla, że słowa Jezusa to część Psalmu 22, werset 2, ukazujący w krzyku Jezusa skargę modlitewną, zaczerpniętą z psalterza – modlitw hebrajskich. Jest to więc cytat, który uzmysławia łączność Starego Testamentu z tym „nowym wydarzeniem”, które właśnie się dzieje. W sensie ścisłym nie chodzi jednak Tomaszowi o zestawienie tego, co stare, z tym, co nowe, ale o ukazanie chrystycznego urzeczywistnienia tych słów, które przez centralną postać, jaką jest Jezus Chrystus i Jego męka, otrzymują nową konotację i znaczenie. Psalm 22 należy do kategorii „lamentacji”, tzn. psalmów, które wypowiadali pobożni Żydzi, modląc się przede wszystkim w momentach dotknięcia chorobą, utratą kogoś bliskiego, czy też jakimś innym nieszczęściem, również wtedy, gdy wyglądano „światła nowego poranka” po godzinach ciemności, gdy „uleczone nogi” mogły poprowadzić na zielone równiny i wzgórza. Tomasz dobrze zdawał sobie sprawę, że biblijna koncepcja choroby oznacza bowiem nic innego jak bycie pozbawionym „pokoju” (*shalom*). Wkraczanie w przestrzeń Szeolu i doświadczenie przedsmaku śmierci domaga się pytania „dlaczego ja?”, „dlaczego to wszystko zło mnie właśnie spotyka?”, a w konsekwencji kończy się wezwaniem na ratunek, prośbą i życzeniem bycia uratowanym. Psalm 22 jest indywidualną lamentacją *par excellence*, gdzie cierpiący wyraża poczucie opuszczenia i udręki. Jest to w pewnym sensie pytanie, jakie postawi w Biblii świętobliwy Hiob, a także wszyscy inni Hiobowie w historii.

„Dlaczego?” – to pytanie wyrażające niezrozumienie, skargę, błaganie w udręczeniu, także bez mała ostry protest. Wydaje się, że cierpiący czasami widzi nie tylko innych, ale nawet samego Boga czyhającego na jego życie. Czy Bóg może być wtedy jeszcze ojcem, przyjacielem i opiekunem? Jak długo może milczeć? I konsekwentnie, czy „ten” Bóg jest jeszcze „moim” Bogiem? Ukazane tu cierpienie zostaje podniesione do rangi cierpienia wzorcowego, a słowa Psalmu 22 wyrażają pracierpiące bycie opuszczonym przez Boga. Jest to uczucie ekstremalne, ukazujące swoją wzorcowość nie tylko w sensie antropologicznym, ale także teologicznym. Pytania: „dlaczego?”, czy też „jak długo jeszcze mam pozostać opuszczony przez Boga?”, są zatem archetypowymi modlitwami głębokiej pobożności, które domagają się odpowiedzi. Czy Bóg może opuścić człowieka? W swojej treści słowa Jezusa są zatem znoszeniem i nauczaniem, jak przeżyć „opuszczenie przez Boga”. Jak odkryć prawdę o tym, że Bóg, który się skrywa, jest jednocześnie Bogiem, który zbawia. Tomasz zdaje się sugerować z największą pewnością, że nie ma innego zbawienia, jak przy Bogu, który się ukrył. To ukrycie jest jednak jedynie czasowe, prośba „nie wydaje się spełniona, według ciała” (*non videtur impleta, quia erat secundum carnem*). To tylko „na jedną chwilę i na pewien sposób opuściłem cię, tzn. wydałem na mękę, ale to właśnie z tej wielkiej nędzy także zabiorę cię, mianowicie w zmartwychwstanie” (*ad punctum et in modico dere-*

liqui te, idest passoni te exposui; et in miserationibus magis congrebabo te, scilicet in resurrectione)⁹. Jest to więc tajemnica boskiej nieprzeniknioności, Jego zamiarów, które przekraczają ludzkie zrozumienie. Spoglądając zaś na punkt dojścia, na to, co upragnione przez człowieka, w jego skardze odnajdujemy bez wątpienia odzyskanie dostępu do boskiej obecności.

Termin „opuścił mnie”, *dereliquisti me*, składa się z przedrostka *de* (dosł. „od”, „z”) i służy do „przestrzennego” określenia stanu bycia w męce, a połączone z pasywnym czasownikiem *relinquere* – „pozostawać gdzieś w odosobnieniu”, „zostać jako reszta”, „pozostawać jako jedyna możliwość”, ukazuje taką właśnie desygnatę bycia, w której doświadcza się głębokiego, wręcz namacalnego opuszczenia, ujętego w kategoriach braku i pustki. Człowiek w sytuacji *dereliquisti me* zostaje wtłoczony w najbardziej mroczną sytuację swojej ludzkiej egzystencji, dlatego też, jak się wydaje, słowo to pojawiające się w Wulgacie w bliskości śmierci Chrystusa, zostaje odniesione przez Tomasa do słów: „mrok ogarnął całą ziemię” (Mt 27, 45), gdzie kategoria braku i opuszczenia to nic innego jak doświadczenie mroku ludzkiego życia.

Gdy słyhać słowa „Boże mój, Boże mój, czemuś Mnie opuścił?” wypowiedziane przez Jezusa na krzyżu, to trzeba w konsekwencji ująć także mroczność ziemskiego wymiaru, w jaki wkroczył wcielony Syn Boży. Już bowiem w Betlejem dokonuje się wejście Syna Bożego w mroczność ludzkiej egzystencji, a złóbek jest zapowiedzią krzyża. Sytuacja przedstawia się więc tak: Bóg wkracza w mroki grzechu po to, aby ponownie zajaśniała światłość, która jednak swój początek będzie miała dopiero w dniu zmartwychwstania. Niemniej jednak samo ukazanie się Syna Bożego w ludzkiej postaci, Jego osoba, jest już światłem, nadzieją, dla człowieka. Akwinata wytrwale przybliży misterium wcielenia do misterium odkupienia po to, aby wykazać, iż „opuszczenie”, owo *derelinquere*, motywowane jest grzechem człowieka (pierwszym i wszystkimi innymi jako jego następstwo), i to on właśnie jest powodem wszystkich nieszczęść i dramatów ludzkich. „Godzina” naprawy tego dramatu rozpoczęła się wraz z narodzeniem się Syna Bożego w Betlejem.

Taki sposób interpretacji biblijnych słów i krzyku Jezusa, który jest niczym innym jak ukazaniem teologicznej historii człowieka, a także bardzo ludzkiej, pełnej sugestywności, modlitwy słowami Psalmu 22, wymaga poważnej i pogłębionej interpretacji przyczyn nadziei, które będą uwypuklały pójście krok po kroku śladami odruchów serca Ukrzyżowanego.

⁹ *Super Psalmo 21*, nr 1 [86959].

Krzyk Chrystusa w interpretacji misterium stworzenia i odkupienia

Doświadczenie choroby nosi w sobie zupełnie szczególnie charakter świadomości losu pełnego lęku i cierpienia. W gruncie rzeczy przeciwko tej formie egzystencji człowiek nie może nic uczynić, jest bowiem istotą skierowaną ku śmierci. Człowiek nie jest w stanie przekreślić śmierci, ale jest w stanie przyniknąć sens tego wydarzenia i sprawić, że nie będzie ono czymś chłodnym, strasznym, złym i bezsensownym. Chory często jednak gniewiony jest w swojej duszy świadomością bliskiego końca, która w swej tajemniczości chce doprowadzić do rozpacz. Św. Tomasz z Akwinu, analizując pojęcie ludzkiego lęku, powie w sposób wnikliwy, że to właśnie lęk skłania człowieka raczej do ucieczki: „lęk pochodzi z ucieczki przed złem” (*timor ex fuga mali*)¹⁰. Oczywiście ucieczka może przyjąć rozmaite formy, często jest jednak raczej „pewnym zwarciem się [człowieka] w sobie”¹¹. Otóż nie ulega wątpliwości, że „lęk [ten] odnosi się do zła niszczącego [unieważniającego bycie], przed którym natura cofa się z przestachem z powodu jej naturalnego pragnienia bycia; i taki lęk nazywa się naturalnym”¹². Jak widać, dotyczy on zagrożenia i kwestionowania życia, gdzie punktem kulminacyjnym zagrażającego zła jest śmierć¹³. W tym momencie Akwinata stwierdza coś wyjątkowo nieoczekiwane: „Wszyscy jednak wiemy, że czeka nas śmierć; nie martwimy się jednak z tego powodu, ponieważ nie sądzimy, że jest ona bliska”. Lęk przed zagrożeniem jest zatem ograniczony: ograniczony przez określoną bliskość i oddalenie oraz przez możliwą nadzieję na ocalenie. Tomasz lęk i nadzieję definiuje więc jako przeciwieństwa, ale także jako coś będącego wspólnie i razem. Wszystkie te sploty znaczeń ukazują, że jedyną możliwością pokonania lęku jest nic innego jak właśnie wzbudzona, bądź ofiarowana człowiekowi, nadzieja (*spes*). Jak ją zdobyć? Jak ją uzyskać? Człowiek szuka, zastanawia się, naradza się, a wszystko po to, aby nadzieją przewyciężyć swój lęk i trwogę; aby odważyć się ponownie trwać i żyć, będąc wiedzionym obecnością odnalezioną nadziei¹⁴.

W czasie męki Jezusa było podobnie. Już w Ogrójcu, na modlitwie, odczuwał On wielką bojaźń i lęk. Potem coraz większą i większą, gdy odsadzono Go od czci i wiary, gdy szkalowano Go, gdy po prostu policzono „wszystkie moje

¹⁰ S. Th., I–II, q. 41, ad 2, ad 3 (S. Thomae Aquinatis, *Opera omnia*, t. 6–7: *Prima secundae Summae theologiae*, Ex Typographia Polyglotta S. C. de Propaganda Fide, Romae 1888–1889).

¹¹ S. Th., I–II, q. 41, a. 1, ob. 1.

¹² S. Th., I–II, q. 41, a. 3c.

¹³ Por. S. Th., III, q. 50, a. 1.

¹⁴ Tomaszowy traktat o nadziei por. S. Th., II–II, qq. 17–22 (S. Thomae Aquinatis, *Opera omnia*, t. 8–10: *Secunda secundae Summae theologiae*, Ex Typographia Polyglotta S. C. de Propaganda Fide, Romae 1895–1899).

kości” (Ps 22, 18), aż po wielki ów krzyk, gdy znalazł się w bezpośredniej bliskości śmierci. Jeżeli weźmie się to wszystko pod rozwagę, to dochodzi się z konieczności do przekonania, że Jezus w szczególny sposób, jak mówi św. Tomasz z Akwinu, odczuł w sposób najcięższy brzemię losu człowieka cierpiącego i bliskiego śmierci. Jego męka z ludzkiego punktu widzenia, męcząca przypadkowością, wręcz bezsensownością, zdobywa jednak w tej przestrzeni „królestwa ciemności” właściwe sedno i światło dla ludzkiej egzystencji: Jezus w bezpośredniej bliskości śmierci pokonuje swój lęk nieprzerwanym aktem nadziei i zaufania swojemu Bogu, którego nawet wtedy odnajduje jako kochającego Ojca. „Fakt” i „wydarzenie” męki Syna Bożego są największymi z „faktów” i „wydarzeń”, które dokonały się od chwili stworzenia świata.

Jezus Chrystus w swojej męce i śmierci, i „świetle” zmartwychwstania ustanawia sens i porządek nowej historii ludzkiego cierpienia i śmierci. W krzyku Chrystusa na krzyżu ogniskują się wszelkie elementy, zjawiska bólu i osamotnienia osób ludzkich, ale także nieutraconych i odnalezionych nadziei.

Tutaj ukazuje się pierwszy zwiastun nadziei na bycie uwolnionym z udręki. Tomasz świadomie odnosi się często do słów wiersza 10 i 11 Psalmu 22: „Ty mnie zaiste wydobyłeś z matczynego łona; Ty mnie czyniłeś bezpiecznym u piersi mej matki. Tobie mnie poruczono przed urodzeniem” (*Quoniam tu es qui extraxisti me de ventre matris meae...*). Akwinata mówi dokładnie, co należy rozumieć przez te zdania, a mianowicie ostateczną nienaruszalność człowieka. Już od samego początku, tzn. od chwili czynienia nas bezpiecznymi w łonie matki, a nawet wcześniej, jeszcze niejako w prośbach rodziców do Boga o nowe życie, zawiązuje się przede wszystkim rzecz najważniejsza: istnienie wieczne z miłości Boga do każdego człowieka. „Człowiek jest z Boga, wyprowadzony z Niego, złożony w Nim, aby niczego, jak tylko Boga szukał i pokładał w nim nadzieję”¹⁵. Współczesnym językiem moglibyśmy powiedzieć, że jeżeli jesteśmy z Bożej miłości, nie tylko ludzkiej, a więc z tej, która jest wieczna, od początku jesteśmy owiani pierwiastkiem wieczności. Człowiek byłby śmiertelny, gdyby nie był z Boga i od Boga, gdyby nie był z miłości Bożej. Cóż to precyzyjnie znaczy dla naszej odpowiedzi na pytanie: dlaczego? W *Komentarzu do Metafizyki Arystotelesa* Tomasz napisał: „Przemijalne jest to, co mogłoby też nie być. Nieprzemijalne, *in corruptibile*, jest to, co jest w niemożności niebycia”¹⁶. Najbardziej solidną podstawą naszej nieprzemijalności jest sam fakt stworzenia. Każdy z nas wywodzi się wprost z powołującej do istnienia woli Stwórcy, czyli że każdy człowiek otrzymuje byt

¹⁵ *Super Psalmos 21*, Ps 22, 10, nr 8 [86966].

¹⁶ *Komentarz do Metafizyki Arystotelesa*, 10, 12; nr 2145 (S. Thomae Aquinatis, *In duodecim libros Metaphysicorum Aristotelis expositio*, Ed. M. R. Cathala, M. R. Spiazzi, Marietti, Taurini–Romae 1971).

ze stwarzającego i miłującego praźródła. Faktycznie więc każdy z nas jest w niemożności niebycia. Bóg „stworzył bowiem wszystko po to, aby było” (Mdr 1, 14), nie zaś aby obracało się z powrotem w nicość¹⁷. Znaczy to, że misterium stworzenia, jakie ujawniają wersety Psalmu 22, stoi na straży naszej nadziei, jest jej podstawą. A konsekwencją tego są słowa udokumentowane w Księdze Rodzaju: „Uczyńmy człowieka na Nasz obraz, podobnego nam” (Rdz 1, 26). Są to słowa miłości, a do istoty miłości należy jej nieodwołalność. Jeżeli wyowiada się słowa „kocham”, a są one potem wymazywane, to dlatego, że jedynie były zmysłowym uczuciem i nie posiadały bytowego fundamentu. Prawdziwa miłość jest nieprzemijająca, tzn. wieczna. Misterium stworzenia, tak jak je przedstawia i myśli Tomasz, posiada coś nieodwracalnego: człowiek, który raz wkroczył w istnienie, nie może nigdy zniknąć z rzeczywistości. Wszystko bowiem jest rzeczywistością Bożą. Tomasz rzadko będzie mówił o nieśmiertelności, pojęciem, którym stara się operować, jest raczej pojęcie nieprzemijalności (*incompactibile*).

Ci, którzy upodobnieni są do Syna, na mocy miłości, która wypowiedziała już na początku słowa „na obraz Boży go stworzył” (Rdz 1, 27), gdy stają się również Synami Boga, mają możliwość przejścia takiego samego sensu życia i śmierci, jaki zachodzi w Chrystusie. „To On przeznaczony jest na upadek i na powstanie wielu” (por. Łk 2, 34). W Adamie, który był na wzór obrazu Jego Syna, Bóg rozpoznał samego siebie. Od samego początku stworzony człowiek nosi w sobie obraz niestworzonego Boga. Treść, jaką Ojciec wyznaczył Synowi, może stać się treścią, których groza śmierci przeraża tak jak Syna Człowieczego.

Jeżeli Chrystus przeżywał lęk i grozę, aż po wydanie owego krzyku „Boże mój, Boże mój...”, i jeżeli chory człowiek przeżywa ten sam lęk, to dlatego, że jest to przeżycie tego stanu, który jest daleki od Boga. Kto chce mieć udział w chwale Jezusa, ten musi najpierw upodobnić się do obrazu posłusznego, cierpiącego sługi Bożego na krzyżu. Upodobnić mamy się do całej postaci: do Chrystusa wcielonego, ukrzyżowanego i przemienionego.

Człowiek zapragnął jednak żyć na własną rękę, nie wiedząc do końca, co to znaczy opuszczenie przez Boga. Wejście w stan grzechu (opuszczenia, życia bez Boga) jest całkowitą katastrofą dla człowieka, który nie jest w stanie unieść ciężaru potęgi lęku przed śmiercią, trawiącą jego serce, od czasu wygnania z „ogrodu Eden”. Jeżeli Jezus wydaje swój krzyk, to nie czyni tego dla siebie, niejako z własnego bólu, lecz czyni to dla ludzi, w imieniu wszystkich, którzy krzyczą tymi samymi słowy. Istotą Jezusa jest posłannictwo życia „dla nas” (*pro nobis*), także wszystkie czyny i wszystkie słowa ogarnięte są tą samą istotą. Wśród napięcia własnego bólu człowiekowi dana jest możliwość –

¹⁷ Por. *Quaestiones quodlibetales*, 4, 4 (S. Thomae de Aquino, *Opera omnia*, t. 25/2: *Quaestiones de quolibet*, II, III, VI, IV, V, XII, Commissio Leoniana–Editions du Cerf, Roma–Paris 1996).

jako pierwszy owoc zbawienia – odczytania prawdziwej rzeczywistości czynu Jezusa. Poczucie sytuacji bez wyjścia, strach, osamotnienie można odczytać jako własne powołanie i posłannictwo. Wtedy, kiedy Chrystus nie mógł nic uczynić, gdyż miał ręce i nogi przybite do krzyża, czyni najwięcej, zbawia świat. Również wtedy, kiedy człowiek cierpi i nic nie może uczynić, bo jest złożony na łożu boleści ciała i ducha, może uczynić najwięcej, stać się po prostu czynem w czynie. Prosto powiedzieć, trudno uczynić, jeżeli człowiek pozbawiony byłby daru łaski. Tylko wtedy, gdy odrzuci się łaskę, człowiek nie widzi i nie rozumie, o co chodzi w nowej formie egzystencji i sile dającej nowe urzeczywistnienie. W konkretności więc chodzi po prostu o to, aby dać się absolutnie skrępować łaską Chrystusa, aby być absolutnie wolnym „przez wzgląd na Jego imię” (por. Jr 14, 7). Nie należy przez to rozumieć, iż mamy tutaj do czynienia z czymś ponadludzkim, ale z czymś jak najbardziej naturalnym, łaska bowiem nie działa bez tego, co ludzkie, chociaż nie jest jej wytworem. Mamy więc do czynienia z taką sytuacją, że nędza, troska, opresja, lęk, ból, cierpienie są nadal aktualne i możliwe aż do granic bezsensu, a mimo to przyjmują moc i finezję mocy łaski. Człowiek cierpiący może dokonać sądu nad cierpieniem we własnym ciele, potępić je, angażując się w rzeczywistość władztwa Boga w jego życiu. To właśnie podczas tego sądu Bóg wypowiada „uniewinniający” i „wyzwalający” wyrok: życie po stronie bliskości i wspólnoty z tym, któremu Ojciec przekazał całą swoją moc i potęgę. W momencie tego sądu Bóg jest *primum notum*, pierwszym obecnym, dzięki całkowitej zgodzie na dającą się „doświadczyć” totalność. Łaska jest więc związana z zawierzeniem i oddaniem siebie, gdzie to nie ja podejmuję inicjatywę, ale gdzie Ty Boga w Chrystusie przechodzi w działanie. Nie na własną rękę, ale na rękę Boga i z ręki Boga płynie łaska ku człowiekowi.

Mówiąc krótko, misterium łaski Chrystusa jest tutaj obecnością w opuszczeniu. Człowiek nie może zaakceptować trwania w opuszczeniu, bo to opuszczenie stawia pod znakiem zapytania jego egzystencję i relacje z innymi. Człowiek chory i cierpiący uzmysławia sobie w tej własnej konkretności bólu, że wszystkie relacje, które dotąd były czymś ważnym, niejako czymś ostatecznym i najważniejszym w życiu, przestają istnieć. Człowiek, który chce pozostać dalej w swojej mocy, próbuje i domaga się jeszcze wciąż nowej logiki i sposobów budowania i odbudowywania rozwiązujących się relacji¹⁸. Doświadczenie własnej kruchości zdaje się mówić również o nieobecności

¹⁸ Doświadczenie to określa podstawowy sens gotowości przyjęcia ofiary Chrystusa: cierpieć i umrzeć w swoim ciele, aby objawić moc Ducha Bożego, który jest również tym dającym możliwość zmartwychwstania. Człowiek jednak raczej pragnie „zachować siebie”, co oznacza pragnienie życia z siebie samego. Może się zdarzyć, że chory i cierpiący, nawet taki, który wpatruje się w cierpiącego Chrystusa i Jego krzyż, chce dokonać „naśladowania Chrystusa” swoją własną powagą i swoim własnym wysiłkiem, tak, że nawet czas i miejsce, tzn. „współrzędne” naszej ofiary wybierane są samemu. Wymiar komunii z Chrystusem czyni to, że wierzący robi miejsce dla woli Ducha

Boga. Łatwo powiedzieć w słowach, trudno jednak to przyjąć, gdyż doświadczenie nieobecności Boga jest konsekwencją tego, że to człowiek chce tę wieź budować niejako sam, bez tracenia siebie w Bogu. Najbardziej skondensowana zaś i prawdziwa obecność, dynamiczna i wyzwalająca, jest możliwa jedynie w niemocy człowieka, wtedy gdy człowiek „wyda się na śmierć” jak Chrystus. Opis doświadczenia i próby, jakie przeżywał ten, z ust którego wydobyły się słowa Psalmu 22, pokazuje, że w nim dokonała się całkowita dekompozycja własnego poszukiwania rozwiązania tragedii. Chrystus bowiem mógł „zejść z krzyża”, czyli poszukiwać obecności na własną rękę, przyjmując środki i rozwiązania tego świata. Jednak tego nie uczynił, zredukował siebie, patrząc na Boga i wyciągając do niego swoją dłoń. Pomimo odczuwanej nieobecności Ojca, ufał Mu. Dzięki temu otworzyła się możliwość obecności dla Syna i synów. Było to doświadczenie wybranego opuszczenia z uwagi na bycie *pro nobis*. Przez trwałą pustkę objawia się pełnia, która jest obecnością polegającą na tym, że Bóg wymaga od człowieka całkowitej zgody na Jego plan wobec niego. Ten akt chrześcijański, jak było to zaznaczone, nie jest dla natury osiągalny, wykracza poza naturę, a przekroczenie, które dokonuje się pod osłoną natury, poręczone jest czynem Chrystusa. Chrześcijanin, zastanawiając się nad sobą i nad pytaniem: „jak ja mam to zrobić?”, ma drogę, a jest nią Chrystus. Jan Paweł II pisze: „Jeżeli człowiek staje się uczestnikiem cierpienia Chrystusa – to dlatego, że Chrystus *otworzył swe cierpienia dla człowieka*, że On sam stał się w swoim odkupieńczym cierpieniu poniekąd uczestnikiem wszystkich ludzkich cierpień. Człowiek, odkrywając przez wiarę odkupieńcze cierpienie Chrystusa, odkrywa zarazem w Nim swoje własne cierpienia, *odnajduje je przez wiarę na nowo*, nasycone nową treścią i nowym znaczeniem. [...] W tym ewangelicznym obrazie uwydatnia się w sposób szczególny prawda o *twórczym charakterze cierpienia*. [...] O ile człowiek staje się uczestnikiem cierpienia Chrystusa – w jakimkolwiek miejscu świata i czasie historii – na *swój sposób dopełnia* to cierpienie, przez które Chrystus dokonał Odkupienia świata”¹⁹.

Chodzi tutaj o człowieka cierpiącego jako współpracownika męki Chrystusa na mocy osobistego powołania do cierpienia. Mamy więc tutaj do czynienia z osobistą ofiarą cierpiącego, który staje się niejako „przedłużeniem” Chrystu-

Chrystusowego, dla Jego łaski, aby spełniło się to, co stało się w Jezusie Chrystusie. Św. Tomasz w swoim *Komentarzu do Ewangelii Jana* pisze: „zwróć uwagę, że Syn Boży jest dla nas wystarczającym odpowiednim przykładem cnót. On bowiem jest umiejętnością (*ars*) Ojca. I jak był wzorem (*exemplar*) przy stworzeniu, tak jest wzorem usprawiedliwienia, 1 P 2, 21: *Chrystus przecież również cierpiał za was i zostawił wam wzór, abyście szli za Nim Jego śladami*” (J 13, 5; wykł. 3, nr 1781) (S. Thomae Aquinatis, *Super Evangelium S. Ioannis lectura*, Ed. R. Cai, Marietti, Taurini–Romae 1972; wyd. pol.: *Komentarz do Ewangelii Jana*, Antyk, Kety 2002).

¹⁹ Jan Paweł, Encyklica *Salvifici doloris*, Polyglotta Vaticana 1983, nr 20–24.

sa. Aby zrozumieć do końca tę prawdę, trzeba przyjrzeć się dokładnie apostołskiemu przesłaniu Chrystusowego krzyża.

Chrytusowy krzyż a apostołstwo człowieka cierpiącego

Mamy tutaj do czynienia z pewnym skrzyżowaniem męki Chrystusa i męki człowieka. W przypadku chrześcijanina nie mamy jednak do czynienia z dwoma sposobami męki, ale z jedną. Jak to jest możliwe? Najpełniej kwestię tę rozwikłał, pod względem teoretycznym, św. Tomasz z Akwinu. Tutaj odnieśmy się do jego prezentacji teologicznej, chociaż zdajemy sobie sprawę z tego, że najpełniej i właściwie odpowiedź daje cierpiący chrześcijanin, każdy z osobna, tam, gdzie jest powołany w swojej odpowiedzi cierpienia i męki. Teologiczna myśl Akwinaty zaprezentowana została w *Tertia pars* jego *Summa Theologiae*, tam, gdzie omawiane są wydarzenia z życia Jezusa. Dla Tomasza ważne są w celu zrozumienia sytuacji, w jakiej znajduje się człowiek, dwa wydarzenia: Wcielenie i Odkupienie. Są one nierozdzielnie ze sobą złączone. Już bowiem w odpowiedzi na pytanie: „Czy Wcielenie Słowa Bożego było konieczne dla naprawy rodzaju ludzkiego?”²⁰, znajdujemy pewne rozwiązanie niejako w zapowiedzi. Chrystus został nam dany jako Prawzór, stając się dla nas prawdziwym człowiekiem, a tym samym prawdziwą miarą etosu. Wcielenie jako objaw dobroci Bożej ma swoją główną podstawę w tajemnicy Bożej miłości do człowieka uwikłanego w zło. Złem jest grzech i wszystko, co z nim jest związane, także cierpienie i ból osamotnienia. Bóg-Człowiek ma zadanie wprowadzić „oddalonego” człowieka z powrotem do wspólnoty z Bogiem. Bóg w Chrystusie jest tym jedynym, który przychodząc do człowieka pragnie podarować zbawcze lekarstwo, wychodząc naprzeciw autentycznemu wyzwoleniu od zła. Aby tego dokonać, Chrystus staje się tym, kim my jesteśmy: odrzuconym przez Boga, ale jednocześnie w swoim nowym posłuszeństwie z miłości restytuuje komuniję z Bogiem. Chrystus staje się źródłem zbawienia dla nas nie ze względu na okrucieństwo cierpienia i oddalenia, lecz ze względu na jakość miłości. Św. Tomasz w swoich rozważaniach wychodzi z Pawłowej paraleli Adam – Chrystus. Chrystus jest Głową ludzkości, Głową swego Ciała, Kościoła, i dlatego wszystko, co „wysługuje”, zostaje „zaliczone” Jego członkom i dotyczy wszystkich. Wyzwolenie dokonuje się więc i jest możliwe dla człowieka przez zasługę Chrystusa. Jest to temat szczególnie ważny dla teologii Tomaszowej. Między Chrystusem a człowiekiem istnieje rzeczywista łączność, jednakże przyjęcie jej ze strony człowieka przez łaskę wiary jest bezwzględnie konieczna. Akwinata uwypukla tu jednak ludzką wolność. Bóg

²⁰ S. Th., III, q. 1, a. 2.

pragnie, aby człowiek przyjął urzeczywistnioną w odkupieniu wolność i wyzwolenie, niejako sam wychodzi naprzeciw człowiekowi, ale nie zbawia go bez jego decyzji i woli. Jeżeli człowiek przez wiarę przyjmie „kształt” i „postać” Chrystusa, zasłuży – jak mówi św. Tomasz – na poczwórne wyniesienie z Nim. Po pierwsze, zasłuży na chwalebne zmartwychwstanie, po drugie na wstąpienie do nieba, po trzecie na to, by zasiąść po prawicy Ojca i po czwarte zasłuży na władzę sędziowską²¹.

Tak więc Chrystus staje się drogą. Trzeba niejako „iść” przez człowieczeństwo Chrystusa, aby dojść do Boga. Człowiek, który chce zrozumieć siebie, tutaj także swoje cierpienie i opuszczenie, chociaż lepiej należałoby mówić, zgodnie z myślą Tomasza, iż dąży do zrozumienia swego pragnienia, aby być szczęśliwym i nie cierpieć, aby jego istnienie trwało i to w pełni, jest zaproszony do przybliżenia się i „przyłgnięcia do Chrystusa” (*adhaere Christo*). Bardzo uderzający jest tutaj tekst Akwinaty zawarty w jego *Komentarzu do Ewangelii Jana*, a komentujący słowa Jezusa: „Ja jestem droga i prawdą, i życiem (J 14, 6): „Jeśli pytasz o to, dokąd iść, przyłgnij do Chrystusa, ponieważ On jest prawdą, do której pragniemy dotrzeć [...]. Jeśli zaś pytasz o to, jak przetrwać, przyłgnij do Chrystusa, ponieważ On jest życiem [...]. Przyłgnij więc do Chrystusa, jeśli chcesz być bezpieczny, nie będziesz mógł bowiem zboczyć, bo On jest drogą”²². Trzeba wejść w Niego sobą samym, „przyswoić”, „zasymilować” całą rzeczywistość wcielenia i odkupienia, aby odnaleźć swoją trwogę i lęk w Nim. Kiedy zwracamy się ku doświadczeniu przeżyć Człowieka-Jezusa, to musimy mieć świadomość, że gdy jest On prawdziwym człowiekiem, jest też prawdziwym Bogiem. Nie znaczy to, że jest Mu lżej z powodu tej jedności bycia Człowiekiem-Bogiem²³. Cenę naszego odkupienia uiszczył Człowiek-Chrystus, a upodobnienie do Jego życia i doświadczeń męki wprowadzają człowieka do nieśmiertelnej chwały Boga. Wszystko, co Chrystusowe, jest bowiem u Niego również Boskie, a w konsekwencji także dla człowieka możliwość przyjęcia Jego własnej mocy Boskiej. To, co odróżnia nasz ból od Jego, Jego śmierć od naszej, to to, że my jesteśmy poddani bólowi i śmierci z konieczności, konieczności naszej natury. Chrystus zaś cierpiał i umarł nie z konieczności, ale dlatego że miał moc i wolę umrzeć. „Mam moc [życie] oddać i mam moc je znów odzyskać” (J 10, 18). W Chrystusie cokolwiek, według natury ludzkiej, jest naturalne, wszystko podlegało Jego woli ze względu na moc Boską, której poddana jest cała natura. Tomasz pisze „«Boże mój, Boże mój, czemuś Mnie opuścił?», to były słowa Chrystusa z krzyża. [...]

²¹ Por. S. Th., III, q. 49, a. 6c.

²² *Komentarz do Ewangelii Jana*, J 14, 6; wykł. 3, nr 1870.

²³ Por. *Summa contra gentiles*, I V, 49 (S. Thomae Aquinatis, *Liber de veritate catholicae Fidei contra errores infidelium seu Summa contra gentiles*, t. 2–3, Ed. P. Marc, C. Pera, P. Caramello, Marietti, Taurini–Romae 1961).

Słowa te wypowiedział Chrystus w imieniu grzesznika (*in persona peccatoris*), czyli Kościoła. Jest to jedna z reguł, zamieszczona na początku psalterza, mówiąca, iż wszystko, co przynależy członkom, Chrystus powiada to o sobie, z tego powodu, że On i Kościół są jednym Ciałem mistycznym. Dlatego powiada [On] jako jedna osoba, jako że Chrystus przemienił się w Kościół, a Kościół w Chrystusa: *choć liczni, stanowimy jedno Ciało w Chrystusie* (Rz 12). W członkach zaś Chrystusa, to jest w Kościele, są nieprawości, czyli grzechy. W Głowie zaś, tzn. w Chrystusie, żadnej nie ma nieprawości, lecz podobieństwo nieprawości²⁴. Moc stwierdzenia jest wiążąca: Jezus wypowiedział słowa na krzyżu w moim imieniu, co w kontekście tych Tomaszowych refleksji przybiera perspektywę i obietnicę życia wiecznego oraz końcowego zmartwychwstania. Zapytać się jednak trzeba: dlaczego nie przemawia ona do wszystkich, także chrześcijan? Zapewne istnieją różne powody, ale nawet fakt, iż jesteśmy stworzeni dla zmartwychwstania i nieba, co jest niewyobrażalną wprost nagrodą, nie staje się motorem życia ludzkiego.

Tomasz odpowiedziałby tutaj, że wynika to po prostu z braku wiary braku poczucia bycia Synem, co z kolei powoduje, że człowiek nie chce pozwolić na to, by go Bóg w Chrystusie pokochał. Akwinata mówi o tym wyraźnie w swoim traktacie o szczęściu wiecznym²⁵. Aby wyjść zwycięsko z tej próby i cieszyć się owocami mocy w cierpieniu, trzeba walczyć o wsparcie Bożej łaski. Okazuje się, że aby zapanować nad cierpieniem, potrzeba relacji zbudowanej na zaufaniu i pójścia tą samą drogą co Chrystus, zobaczenia siebie cierpiącego samotnie i tego, że jest się także, a nawet przede wszystkim, w cierpieniu związanym z innymi ludźmi i z transcendencją Boga. Bycie Chrystusa to bycie dla innych, w Jego męce i przez mękę. Tomasz powie: „Zadośćuczynienie Chrystusa odnosi w nas swój skutek przez to, że należymy do Niego, jak członki do głowy. Członki muszą być do głowy dopasowane. [...] Potem przez mękę, osiągnął nieśmiertelność w chwale. Tak i my, jego członki, zostaniemy uwolnieni od wszelkich kar przez Jego mękę [...]”²⁶. Łaska wiary daje wierzącemu zrozumienie i moc, że także jego cierpienie i śmierć nie są dane przez Boga dla niego samego, ale są powołaniem bycia nieuchronną substytucją. Cierpiący i umierający w wierze przedłuża Chrystusowe bycie *pro nobis*. Człowiek w sposób naturalny jest związany z innymi i działa w miejsce innych. Ojciec pracuje niejako w miejsce dzieci, a matka troszczy się o nie i walczy o dobro dla nich, czyli cierpi za nie, a tym samym występuje w ich miejsce. Nie istnieje bowiem pojedyncze życie. Jeżeli Chrystusowe bycie na krzyżu jest ostatecznym objawieniem tego, co jest powołaniem człowieka, to wypełnić tę misję, którą jest bycie dla Drugiego (Boga) i dla drugich (człon-

²⁴ *Super Psalmo 21* (Ps 22), nr 1 [8659].

²⁵ Por. S. Th., I–II, q. 3, a. 8.

²⁶ S. Th., III, q. 49, a. 3, ad 3.

ków Ciała Chrystusowego, którym jest Kościół), jest podstawowym zadaniem. Także mimo cierpienia i mimo śmierci. Słowo z krzyża, którym jest sam Chrystus, jest odpowiedzią na wszystkie pytania człowieka, a postać substytucji przyjęta przez Chrystusa i wysłużona przez Niego możliwość naszej substytucji jest tutaj determinująca.

Przyjęcie daru cierpienia jako łaski

Kto we wszystkim postępuje według owych „śladów”, które pozostawił Chrystus, pozwala na to, by spoczęło na nim jarzmo Jezusa, a kiedy zaczyna je nosić, to okazuje się, że jest ono lekkie. W tym słodkim ciężarze Chrystusowego jarzma chrześcijanin otrzymuje siłę: „przykazania Jego nie są ciężkie” (1 J 5, 3). Chrześcijanin bowiem wie, iż wezwany do naśladowania męki i krzyża kroczy ku zmartwychwstaniu. Z łaską jest podobnie jak z obecnością Nieobecnego, jest ona lekka, chociaż – przyjmując ją – trzeba iść z Chrystusem na krzyż. Nawet św. Piotr, aby to zrozumieć, przystawał w drodze, zanim opuścił wszystko dla naśladowania Pana i bycia ukrzyżowanym jak On. Łaska nie dyspensuje od zaparcia siebie, ale obiecuje w miejsce sukcesów odnoszonych na tym świecie uśmierzającym bóle i cierpienia, pełne zwycięstwo nad nim. Zwycięstwo zmartwychwstania, a więc też szczęścia wiecznego dla chrześcijanina, jest antycypowane w nadziei. W czynie będącym wyrazem posłuszeństwa drodze Chrystusowej zawiera się „już i jeszcze nie” chrześcijańskiej *spes*. Jeżeli człowiek nie chce kroczyć drogą Jezusa, nie może się dziwić temu, że Duch Święty nie zstępuje na niego, a jego słowa pozostają bez echa. Jedynie poprzez odnalezienie wspólnoty z Nim i uczynienie w wierze pierwszego kroku, doświadczana jest uobecniająca się odpowiedź bliskości Boga. Uczeń jest uczniem tylko wtedy, gdy w cierpieniu i odrzuceniu, we współukrzyżowaniu kroczy drogą swojego Mistrza. Dlatego też uczeń mówi: „Wszystko moje jest Twoje, a Twoje moje” (por. J 17, 10).

Znacząca w tym względzie jest nauka św. Tomasza o pośrednictwie przyczyn stworzonych w rządach Bożej opatrności, będąca podstawą sensu godności istnienia i prawdziwie ludzkiego działania. Człowiek doznający cierpienia i bólu, lęku i śmierci nie jest pozbawiony swojego w nim zadania. Na czym polega zadanie cierpiącego? Na pierwszy rzut oka odpowiedź mogłaby wydać się absurdalna, iż Bóg czyni człowieka swoim współpracownikiem, zrównując go w godności bycia cierpiącym synem, na wzór swojego Syna Jednorodzonego. Wielu filozofów i teologów cofało się przed takim stwierdzeniem. Niemniej Boża koncepcja świata nie opiera się na wszechmocy, tak jak wyobraża ją sobie człowiek. Nie zachowuje jedynie też dla siebie wyłączności mocy sprawczej i zbawczej. Tomasz jednak mówi wyraźnie, że największą chlubą czło-

wieka jest, że dzięki przysługującej mu przyczynowości może stać się pomocnikiem Boga, Jego współpracownikiem: *omnium divinum est Dei cooperatorem fieri* („rzeczą najbardziej boską jest być współpracownikiem Boga”)²⁷. Z punktu widzenia tej zasady, człowiek posiada odpowiedzialność za siebie i rzeczywistość stworzoną już w jej najbardziej naturalnej konsystencji. Jakże jednak w wolności wybrać bycie współpracownikiem Boga w cierpieniu? Czy chrześcijaństwo nie wymaga tutaj zbyt wiele? Człowieka ogarnia przecież lęk zupełnie ludzki już przed samym życiem w zgodzie z prawem Bożym, a co dopiero z tym chrystycznym powołaniem? Tutaj rzeczywiście istnieje ryzykowny skok wiary, co unieważnia każde ograniczenie i gdzie człowieka można pouczyć. Tutaj potrzeba dokonanego w wolności wychylenia się w nieskończoność i oddania siebie do dyspozycji totalności Bożej. W tym doświadczeniu orzeka się już nie o sobie samym, ale o Chrystusie, który nadal cierpi w komunii ze swoim Ciałem. Dziwne odwrócenie, które jest mocnym i osobistym uświadomieniem sobie, że własne cierpienia są udrękami Chrystusa, a samemu przyczynia się do wzrostu Ciała Chrystusa, Kościoła. To wszystko dokonuje się jedynie mocą miłości, gdyż nie ma innej siły umożliwiającej trwanie przy Chrystusie w cierpieniu. Tomasz mówi: „Wyrzeczenie się wszystkiego nie jest niczym szczególnym [wielu filozofów w ogóle nie troszczyło się o bogactwa, stwierdza Tomasz w innym miejscu]. Doskonałość polega raczej na podążaniu za Chrystusem, a to się dokonuje przez miłość: «I gdybym rozdał na jałmużnę całą majątność moją [...], lecz miłości bym nie miał, nic mi nie pomoże» (1 Kor 13, 3). Doskonałość w swojej istocie nie polega na rzeczach zewnętrznych: ubóstwie, czystości, i tak dalej; są one tylko narzędziami miłości. Dlatego Ewangelista dodaje: [...] i poszli za Nim”²⁸.

Oczywiście takiego kroczenia z Chrystusem trzeba się uczyć, tak jak się uczy żyć łaską cnoty nadziei. Polega to na stopniowym wchodzeniu na drogę zgody nie na własny świat, nie na własną wolę, ale na tę większą i bogatszą, jaką jest wola samego Boga. Nie oznacza to jednak alienacji woli człowieka, lecz obumieranie dla tego, co jest niezgodne z wolą Bożą (obumieranie starego człowieka w nas), oraz na wdrażaniu się przyjmowania brzemion braci, także tych, a może przede wszystkim tych, którzy nas nienawidzą i prześladują. Takie przygotowanie zanurza nas w drogę, która i Jezusa prowadziła na krzyż. Bóg często zsyła na nas osamotnienie, niezrozumienie przez innych, obecność nieprzyjaciela, właśnie po to, byśmy nie widzieli nic i nikogo prócz Chrystusa, który staje się dla nas wtedy jedyną nadzieją. Przedziwne jest to, że Chrystus chce być w centrum, chce by wszystko zdarzało się przez Niego: to tajemnica prawdy o łasce. Już Abraham był zupełnie sam, całkowicie osamotniony. Gdy opuszczał dom ojca, był posłuszny słowu Bożemu wbrew

²⁷ *Summa contra gentiles*, III, 69.

²⁸ *Super Evangelium S. Matthaei lectura*, Mt 4, 22, cap. 2, nr 373.

wszelkim miarom naturalnych więzów ze światem, aby kosztować więzów z niebem, zarzucając tam swoją kotwicę nadziei. Św. Tomasz z Akwinu w bardzo wielu miejscach powtarza z naciskiem: „Człowiek ma przywiązać się do nadziei jak statek do kotwicy. Istnieje jednak różnica między kotwicą a nadzieją: kotwica tkwi w dnie, nadzieja w tym, co najwyższe, czyli w Bogu. Nie ma zaś nic w obecnym życiu tak mocnego, by dusza mogła się w tym zakotwiczyć i spocząć. [Poza zasłoną, w której utkwiona jest kotwica nadziei, znajduje się przyszła chwała]. Tam właśnie nasz Poprzednik (*praecursor*) [...] zakotwiczył naszą nadzieję”²⁹. To nawiązanie do kotwicy ukazuje także Bożą pomoc na drodze stania człowieka pod Chrystusowym krzyżem. Konkretnie znaczy to możliwość doświadczenia obecności Chrystusa zmartwychwstałego w znakach sakramentalnych, a przede wszystkim w celebrowanej tajemnicy Eucharystii. To właśnie najpełniej Eucharystia, jako sakrament czerpiący swoją skuteczność z męki Chrystusa, udziela za pośrednictwem znaku przemienionego chleba i wina w Ciało i Krew Chrystusa skutecznego i zbawczego uczestnictwa w Jego człowieczeństwie, które już doznaje owoców odkupienia. W Eucharystii nie występuje tylko wspomnienie, ale uobecniający się czyn Chrystusa dokonany *in virtute dwina*, który nie podlega prawom czasu, gdyż dla Boga w Jego wieczności istnieje jedynie *hic et nunc*, co dla nas należy do przeszłości lub przyszłości. Innymi słowy, przynależne po przeżytej męce i śmierci Chrystusa, Jego chwalebne zmartwychwstanie naprawdę wywiera aktualny skutek na każdego, kto przez łaskę wiary z niego korzysta. Możemy powtórzyć tutaj następujące słowa: „W stosunku do nas przyczyna ta [to wszystko, co Zbawiciel uczynił i wycierpiał w swoim cielesnym] znajduje duchowe zastosowanie w wierze, a cielesne w sakramentach, ponieważ człowieczeństwo Chrystusa jest zarówno duchem, jak i ciałem, a to w tym celu, abyśmy mogli odczuć w nas same skutki uświęcenia, które się dokonują dzięki Chrystusowi”³⁰. Łaska wytrwania w cierpieniu realizuje się więc przez kontakt duchowy, czyli przez wiarę i sakramenty wiary. Tutaj męka Chrystusa osiąga swój skutek ostateczny i ma swoje zastosowanie.

Można by zapytać: czy te zbawcze skutki męki-zmartwychwstania Chrystusa są również obecne w cierpieniu tych, którzy nie mają dostępu do kultu sakramentalnego? Tutaj należy bez wahania udzielić pozytywnej odpowiedzi. Każde pełne przewyciężenie cierpienia i osamotnienia człowieka dokonuje się nie inaczej jak przez łaskę Chrystusa. To w Chrystusie dokonała się praw-

²⁹ *Komentarz do Listu do Hebrajczyków*, Hbr 6, 18, cap. 4, nr 325 (S. Thomae Aquinatis, *Opera omnia*, t. 6: *Super Epistolam ad Hebraeos*, Ed. R. Busa, Frommann-Holzboog, Stuttgart-Bad Cannstadt 1980).

³⁰ *De veritate*, q. 27, a. 4 (S. Thomae de Aquino, *Opera omnia*, t. 22: *Quaestiones disputatae de veritate*, Editori di San Tommaso, Roma, 1975–1976, wyd. pol. Św. Tomasz z Akwinu, *Kwestie dyskutowane o prawdzie*, t. 1–2, Wydawnictwo Antyk, Kęty 1998).

dziwa przemiana i tylko z Jego mocy korzysta każdy człowiek: On jest Głową wszystkich ludzi i tylko On nas zbawia.

Profetyczny wymiar choroby i cierpienia

Spółczesne, zwłaszcza w ostatnich latach, stara się usunąć chorobę i cierpienie poza nawias życia publicznego, a czyni to na różne sposoby. Nawet tak lubiane przez widzów filmy telewizyjne, których fabuła toczy się w szpitalach, pokazują niejako taki styl życia, w którym pobyt w szpitalu jest związany jedynie z chwilowym brakiem własnego zdrowia, i gdzie lekarz jest w stanie uczynić prawie wszystko na rzecz bezbolesnego przebiegu choroby. Zdrowie ponad wszystko, takie spojrzenie pojawia się coraz częściej wśród zdecydowanej większości ludzi. Jak więc tutaj mówić o wartości cierpienia, męki, śmierci? Z tego też powodu niektórzy rodzice starają się nie tylko nie mówić dzieciom o bólu i śmierci, ale także usuwają krzyż z pola widzenia wzroku dziecka. Zdarza się również, że rodzice wywożą dzieci do krewnych na czas pogrzebu nawet babci, żeby nie były przerażone widokiem cierpiącego ogółu rodziny i nie zetknęły się z dramatem śmierci. Czyżby tylko przyjemność miała stać się doświadczeniem istotowo ludzkim? Człowiek odwołujący się do wartości, nawet jedynie tych uniwersalnie akceptowalnych, musi nieustannie sobie przypominać, że to śmierć jest najważniejszym momentem naszej egzystencji, a człowiek jako taki jest *Sein zum Tode* (Martin Heidegger). Jeżeli choroba jest przeżywana właściwie, to ona sama zyskuje wymiar wychowawczy i może pomóc w zrozumieniu, kim jesteśmy, jak bardzo potrzebujemy Innego, Kogoś, kto jest większy od nas. W gruncie rzeczy jest to problem także chrześcijanina, aby powiedzieć „tak” chorobie i śmierci, a w konsekwencji powiedzieć „tak” Panu, który wzywa, mówiąc Mu: „jestem gotów pójść z Tobą na krzyż”. Ból i choroba są czasem pokusy naszego umysłu, woli i serca, gdzie usta wypowiadają słowa: „To niesprawiedliwe”. Rodzi się w nas bunt. A zatem mamy tutaj ucieczkę od woli Bożej i brak ludzkiej siły na zwycięskie przeżycie tej próby. To wszystko byłoby oczywiście prawdziwe, gdybym to tylko ja sam walczył z pokusą, ale chrześcijanin wie i żyje tą prawdą, że to już nie on, lecz to Chrystus, Człowiek i Bóg, spełnia w nim wolę Ojca. Tutaj wyraźnie zauważa się ważność bycia uczniem, gdzie *conformitas Christi* staje się możliwością i mocą. Często jest też tak, że bezmiar cierpień dopełniają pokusy przeciwko wierze i nadziei, a człowiekiem wierzącym może targać straszliwa wewnętrzna noc. Trzeba przyznać, że odmienna wizja spojrzenia na chorobę i śmierć chrześcijanina nie jest jakimś dodatkowym środkiem znieczulającym, a poszerzenie horyzontów przez wiarę nie łagodzi opuszczenia i lęku. To właśnie w tej próbie ma wypełnić się zdanie:

„dobrze jest cierpieć”. By żyć bowiem chwałą zmartwychwstania i wniebowstąpienia, idzie się drogą, którą szedł ofiarowany przez Ojca dla świata Jezus Chrystus. Chory i cierpiący, który wierzy w Jezusa i Jezusowi, ma tylko o tyle więcej, że może razem z Nim zbawiać świat. To jest ten dar. Nie mniej cierpienia i bólu, nie brak śmierci, ale możliwość uczestniczenia w paschalnej tajemnicy Chrystusa. Zdobywa się tutaj przedziwną moc wejścia w tajemnicę Boga i Jego miłości. Chrystus bowiem z miłości do człowieka cierpi. W przypadku ciężkiej choroby, trudnej sytuacji, przeżywanego kryzysu także chrześcijanin drży i zadaje sobie pytanie, jak znieść ból i opuszczenie. Otuchy może dodać jedynie bliskość i wierność Chrystusa, gdzie w przeżywaniu niemożliwego, umocnieniem staje się akt zaufania, wsparty darem łaski. Jest to nic innego jak, wsłuchując się w głosy wszystkich, całego tego szumu i dźwięków aktywności tych, którzy krzątają się przy łożu boleści, usłyszeć mówiącego Jezusa: „Co chcesz, abym ci uczynił?” (por. Mk 10, 51). Logika i doświadczenie spotkań, które wierzący odbył już do tej pory, pozwalają rozeznaczyć obecność przyjaciela, który jako jedyny nie opuści. Stąd tak bardzo ważne są doświadczenia przeszłości, aby niezależnie od stanu, w którym się człowiek znajduje, odkrywać zamiary i plany drogi, podejmowane razem, zarówno przedtem, jak i teraz, gdzie owo „teraz” jest momentem naszej godziny. „Godzina Jezusa” staje się w ten sposób i „naszą godziną”. Jest to doświadczenie komunii między mną a tym, który mówi. W języku teologicznym komunია dokonuje się w jedności z Chrystusem, a jako że Chrystus był i jest nie tylko duchem, ale i ciałem, więc z Nim wierzącego może przyjąć sakramentalną formę przyjmowanej komunii, Ciała Chrystusa. Św. Tomasz z Akwinu powiada: „Męka Chrystusa osiąga swój skutek w tych, do których zostaje zastosowana przez wiarę i miłość oraz sakramenty wiary”³¹. Ten tekst zmusza nas do powiedzenia, iż cierpiący staje się usynowionym dzieckiem Boga i może pić z kielicha, który był dany Synowi. Tutaj uwypuklona zostaje bezgraniczna moc ostatecznej słabości, gdzie człowiek jest nadal sam, ale nie samotny; zasmucony, ale nie smutny; przygnębiony, ale nie w depresji; przygnieciony niemocą, ale nie bez siły łaski³².

Błędem byłoby jednak całkowite ograniczanie tego, co działo się na krzyżu jedynie do chrześcijan, czyli wierzących w Chrystusa, chociaż sprawa ta jest delikatna i więcej tutaj pytań niż odpowiedzi. Można byłoby się bowiem zapytać, czy te zbawcze akty Chrystusa obejmują także sprawiedliwych poza chrześcijaństwem, a więc w stosunku do tych, którzy nie mają dostępu

³¹ S. Th., III, q. 49, a. 3, ad 1. por. także *De veritate*, q. 27, a. 4: „W stosunku do nas przyczyna ta znajduje duchowe zastosowanie w wierze, a cielesne w sakramentach, ponieważ człowieczeństwo Chrystusa jest zarówno duchem, jak i ciałem, a to w tym celu, abyśmy mogli odczuwać w nas same skutki uświęcenia, które się dokonują dzięki Chrystusowi”.

³² Por. H. Tellenbach, *Smutek – przygnębienie – melancholia: antropologiczne zjawiska w chrześcijańskiej perspektywie*, *Communio*, 11 (1991), nr 5, s. 70–79.

do kultu sakramentalnego. Idąc zgodnie jednak z sugestiami Tomasza, należy bez wahania udzielić pozytywnej odpowiedzi: nie ma innej łaski niż łaska Chrystusa, i to zarówno dla sprawiedliwych, a niewierzących (jeszcze) w Chrystusa, jak i dla nas. Płynie ona tak samo z męki i zmartwychwstania Zbawiciela. Wiara i sakramenty w doskonałej rzeczywistości łączą się ze sobą, ale mogą być też rozdzielone, a dzieło zbawienia zna środki zastępcze właściwe dla każdej sytuacji i miejsca. Można więc powiedzieć, że także niechrześcijaństwo, również przez wiarę (*spiritualiter*), która nie jest wyraźnie chrześcijańska, mogą uczestniczyć w łasce wysłużonej przez mękę Chrystusa; cieleśnie zaś (*corporaliter*), poprzez inne sposoby pośrednictwa, które są im właściwe, i które zna tylko miłosierny Bóg³³. Wbrew licznym odmiennym odniesieniom, św. Tomasz z Akwinu nigdy nie dystansował się od niechrześcijan, wręcz odwrotnie – szukał zawsze dialogu, zwłaszcza z tymi, których doświadczone nieszczęścia wprowadzały w dystans wobec siebie, świata, a przede wszystkim Boga. Tomasz wiedział, iż człowiek może utracić zaufanie do Boga, a nawet oskarżać i odchodzić od Niego z powodu cierpień w świecie. Cały jego *Komentarz do Księgi Hioba* poświęcony jest temu tematowi³⁴. W człowieku często bowiem wybucha walka, gdy stwierdzi, że nie wie, czy wobec tego wszystkiego, co go spotyka, może jeszcze ciągle wierzyć we wszechmoc i wszechdobroć Boga. Akwinata był jednak także zawsze pewien, że chrystycznie zabarwiona odpowiedź jest nie tylko słowną argumentacją, ale rzeczywistą łaską (*auxilium*) przyczyniającą się do posiadania nowej mocy. „[Chrystus] jest w swym człowieczeństwie niejako zasadą wszelkiej łaski, tak jak Bóg jest zasadą wszelkiego istnienia” (*principium quodam modo omnis gratiae, sicut Deus est principium omnis esse*)³⁵. Tomasz nie mógł powiedzieć nic bardziej dobitnego, gdyż wiedział, że krzyk Jezusa na krzyżu jest odpowiedzią na wszystkie krzyki ludzi cierpiących na świecie, gdyż jest to wołanie nie tylko człowieka, ale Chrystusa, który był Synem Bożym.

Świat współczesny nie jest w stanie dostrzec obecności Boga-Człowieka, a to dlatego, że jest ona doświadczeniem poniekąd i niejako indywidualnym, gdzie obecność drugich i całej wspólnoty, czy to rodziny, czy przyjaciół, mogą być tylko zapowiedzią, bądź potwierdzeniem prawdziwych nawiedzin. Już w samej gramatyce Bożej zauważamy, że podstawowe słowo *być w przyszłości* nie brzmi w ustach Jezusa *będę*, lecz *przychodzę* (byłem, jestem, przychodzę). Ten, który sam jest Słowem, wie najlepiej, jaki jest właściwy czas i okoliczności, aby *przychodzę* stało się jednocześnie orzeźwiającym darem

³³ Por. J.-P. Torrell OP, *Święty Tomasz z Akwinu – mistrz duchowy*, W drodze–Instytut Tomistyczny, Poznań–Warszawa 2003, s. 197.

³⁴ Por. S. Thomae de Aquino, *Opera omnia*, t. 26: *Expositio super Iob in litteram*, Ad Sanctae Sabinae, Romae 1965; L. A. Perotto, *La mistica del dolore nel Commento di S. Tommaso al Libro di Giobbe*, Studi tomistici, 60 (1995), s. 191–203.

³⁵ *De veritate*, q. 29, a. 5, ad 3.

pocieszenia. Pociecha Jezusa ostatecznie polega na tym, że jest On Pomocą w naszej słabości, sprawiając, że mocą Jego Ducha człowiek staje się dziedzicem i mieszkańcem Królestwa Niebieskiego, gdzie nie ma już cierpień ani bólu. Dlatego też doświadczenie cierpienia otwiera poprzez tę pociechę Jezusa na owoce Jego Ducha: miłość, radość, pokój, cierpliwość, opanowanie (por. Ga 5, 22–23a)³⁶. Dzięki nim chory i cierpiący może dojść do dziękczynienia za swoją udrękę. Tutaj staje on na królewskim trakcie miłości cierpiącego Sługi. Jest to już jednak bycie w chorobie i świętości: dostateczna rękojmia otrzymanego zbawienia.



³⁶ Św. Tomasz z Akwinu w swoim *Komentarzu do Listu do Galatów* prezentuje dokładnie moc łaski darów Ducha Świętego i płynące stąd owoce ducha. Por. *Super Epistolam ad Galatas lectura*, Ga 5, 24–25, cap. 7, nr 338, zob. także nr 336–340 (S. Thomae Aquinatis, *Super Epistolas S. Pauli lectura*, t. 1, Marietti, Taurini–Romae 1953).

Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błeszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Ks. Czesław Kustra

Wydział Nauk Pedagogicznych
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

CZŁOWIEK WOBEC ŚWIADOMOŚCI WŁASNEJ ŚMIERCI I NIEPOKOJĄCYCH PYTAŃ: CO DALEJ?

Wstęp

Można powiedzieć, że każdy człowiek rodzi się w bólu i w bólu odchodzi z tego świata. Nie ma na świecie takiego człowieka, któremu by nie towarzyszyło cierpienie w ciągu życia czy przynajmniej w jakimś jego okresie: choroba własna czy bliskich, straty duchowe czy materialne, rozczarowania, zawody.

Cierpieniem duchowym może być dla człowieka jego własna świadomość dotycząca śmierci oraz cierpienia związanego z wyrzutami sumienia, bo w swoim życiu popełniał zło i po śmierci musi stanąć na sądzie przed Bogiem. Nie jest to tylko problem w religii chrześcijańskiej, ale we wszystkich religiach świata (w judaizmie, islamie, hinduizmie i innych), a także problem dla ateistów (mają przecież własne sumienie, które ocenia ich postępowanie). Czasem takie cierpienie duchowe może prowadzić do rozpacz, a ta jest jeszcze bardziej bolesna dla człowieka! Jaki sens ma takie cierpienie? Jak sobie radzić w takim cierpieniu?

Rozpacz jako forma intensywnego cierpienia

Rozpacz należy do najbardziej intensywnych form ludzkiego cierpienia. Można ją określić jako stan dramatycznego przerażenia, desperacji i poczucia

zupelnej bezradności w obliczu własnej sytuacji życiowej. Człowiek zrozpaczony to ktoś, kto przeżywa swoją egzystencję jako nieznośny ciężar i kto traci wszelką nadzieję, że ta sytuacja może się kiedykolwiek zmienić. Rozpacz dotyka całego człowieka, wszystkich jego sfer i funkcji życiowych. Przejawia się poprzez bardzo bolesne stany emocjonalne oraz towarzyszące im dokuczliwe, niepokojące myśli, przekonania i oczekiwania. Rozpacz towarzyszą także cierpienia fizyczne, dotykające zwłaszcza tych organów i funkcji cielesnych, które związane są z oddychaniem i trawieniem. Rozpacz paraliżuje ludzką wolność, blokuje zdolność podejmowania decyzji, powoduje lęk przed kontaktem z ludźmi oraz sprawia, że najzwyczajniejsze codzienne zadania i obowiązki wydają się wyzwaniem przekraczającymi ludzkie możliwości. Człowiek dotknięty rozpaczą zawęża swoją percepcję siebie i świata. Widzi tylko to, co niepokoi i zagraża. Rozpacz powoduje dramatyczne zawężenie pragnień. Największą aspiracją staje się wtedy szukanie doraźnej ulgi i zapomnienia o cierpieniu. A czasem już tylko pragnienie śmierci. Człowiek zrozpaczony ma ponadto zaburzoną postawę wobec czasu. Staje się niewolnikiem przeszłości lub przyszłości, w zależności od tego, gdzie upatruje źródło swojego cierpienia i zagrożenia. Rozpacz powoduje utratę kontaktu z teraźniejszością, a co za tym idzie utratę nadziei.

Rozpacz może mieć różne uwarunkowania. Czasami bywa uwarunkowana organicznie, zwłaszcza na skutek powikłań neurologicznych (np. uszkodzenie mózgu) lub zaburzonego funkcjonowania hormonalnego (np. niedoczynność lub nadczynność tarczycy). Może być także symptomem zaburzeń psychicznych. W obu przypadkach konieczne stają się szczegółowe badania medyczne i psychologiczne, aby postawić właściwą diagnozę i zaprogramować odpowiednie leczenie lub terapię.

Na ludzkie życie wpływa bardzo wiele wydarzeń zarówno pozytywnych, jak też negatywnych. Wydarzenia negatywne wdzierają się neublaganie do wnętrza człowieka i powodują, że pod ich ciężarem człowiek się załamuje i bardzo często popada w rozpacz. We wnętrzu człowieka rozprzestrzenia się uczucie izolacji, odosobnienia, zamknięcia, beznadziejności i bezsensowności bytowania. Niczego się już nie pragnie, na nic się nie czeka, na nic i na nikogo się nie liczy – oto symptomy duchowej rozpacz¹.

Można powiedzieć, że w jakimś stopniu doświadczenie rozpacz¹ dotyka niemal każdego człowieka. Podobnie jak inne formy intensywnego cierpienia może mieć ona dwa główne źródła. Może być ceną za słabość i grzech lub, w szczególnych okolicznościach, ceną za miłość. Najczęściej rozpacz jest powiązana z ludzką słabością i grzechem. Pojawia się jako konsekwencja krzywdy, której dany człowiek doświadcza lub którą sam sobie wyrządza.

¹ Por. P. Góralczyk, *Rozpacz, obawa, depresja... Choroba czy grzechy?*, *Communio*, nr 5 (101), 1997, s.106nn.

Rozpacz odsłania zatem podstawowe prawdy antropologiczne. Sygnalizuje ona tę podstawową prawdę, że być człowiekiem to być kimś niedoskonałym i zagrożonym. Człowiek jest jedynym bytem na tej ziemi, która potrafi krzywdzić nie tylko innych, ale nawet samego siebie. Być człowiekiem to być kimś zagrożonym od wewnątrz: własną słabością, naiwnością, grzechem, uzależnieniami. To jednocześnie być kimś zagrożonym z zewnątrz, czyli ze strony innych ludzi. To być zagrożonym ich egoizmem, cynizmem czy okrucieństwem. Krzywda i grzech prowadzi do najbardziej drastycznej formy rozpacz, którą możemy nazwać rozpaczą egzystencjalną. Oznacza ona niemal zupełny paraliż podstawowych władz ludzkich: świadomości i wolności. Rozpacz egzystencjalna przybiera najbardziej dramatyczną formę wtedy, gdy „ludzie zwiedzeni przez Złego, znikczemnieli w myślach swoich i prawdę Bożą zamienili na kłamstwo, służąc raczej stworzeniu niż Stworzycielowi, albo też, żyjąc i umierając na tym świecie bez Boga, narażeni są na rozpacz ostateczną”².

Istnieje także inna forma rozpacz, którą możemy nazwać rozpaczą emocjonalną. Tego typu rozpacz nie paraliżuje ludzkiej świadomości i wolności. Sprawia natomiast, że dojrzałe korzystanie z tych władz staje się niezwykle trudne. Rozpacz egzystencjalna to sytuacja, w której desperacja i lęk są silniejsze od człowieka. Rozpacz emocjonalna to sytuacja, w której człowiek okazuje się silniejszy od swoich bolesnych doświadczeń. To sytuacja, w której człowiek potrafi zaskakiwać samego siebie i innych ludzi wytrwałością i siłą woli. Tego typu rozpacz może towarzyszyć jakiejś długotrwałej chorobie czy kalectwu. „Choroba może prowadzić do niepokoju, do zamknięcia się w sobie, czasem nawet do rozpacz i buntu przeciw Bogu”³.

Rozpacz emocjonalna może być też w jakimś stopniu ceną za miłość. Najczęściej rozpacz jest ceną za miłość w jakimś stopniu niedojrzałą. Z taką sytuacją mamy do czynienia choćby wtedy, gdy ktoś stawia sobie wymagania, których człowiek nie jest w stanie udźwignąć.

Rozpacz, zwłaszcza ta, która jest konsekwencją grzechu czy doznanej krzywdy, może prowadzić nie tylko do dramatycznego kryzysu psychicznego, lecz także do głębokiego kryzysu religijnego. Zdarza się bowiem, że „wskutek rozpacz człowiek przestaje oczekiwać od Boga osobistego zbawienia, pomocy do jego osiągnięcia lub przebaczenia grzechów”⁴.

Chrześcijanin to realista. To ktoś, kto zdaje sobie sprawę, że po grzechu pierwotnym każdy człowiek pozostaje w jakimś stopniu niespokojny w obliczu prawdy o sobie, w obliczu własnej sytuacji egzystencjalnej i własnych przeżyć. W tej sytuacji zdobycie się na wewnętrzne wyciszenie, na dojrzałość i równowagę jest możliwe tylko wtedy, gdy sercem, wołą

² *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Pallottinum, Poznań 1994, nr 844, odtąd skrót KKK.

³ KKK, nr 1501.

⁴ KKK, nr 2091.

i rozumem przyglądając się on do Chrystusa – jedyne Zbawiciela człowieka. „W życiu chrześcijańskim sam Duch Święty wypełnia swoje dzieło, pobudzając całość bytu człowieka, wraz z jego cierpieniami, obawami, smutkami, jak to jawi się w agonii i męce Pana. W Chrystusie uczucia ludzkie mogą otrzymać swoje spełnienie w miłości i boskim szczęściu”⁵. W Chrystusie może zostać pokonana także rozpacz. Nie następuje to jednak w sposób automatyczny. Przewyciężenie rozpacz wymaga troski o dojrzałość psychiczną (łaska bazuje przecież na naturze) oraz troski o dojrzałość religijną.

Dojrzały chrześcijanin to ktoś, kto na wzór Chrystusa zawiera się Bogu Ojcu w godzinie osamotnienia, cierpienia i rozpacz. Ale to także ktoś, kto rozumie, że owo zawierzenie i zaufanie Bogu musi być połączone z wysiłkiem uczynienia wszystkiego, co leży w jego mocy, by poprawić swoją sytuację życiową, która doprowadziła do rozpacz. Znamienna w tym względzie jest modlitwa, która nadaje mu sens jego cierpienie i cierpienie innych osób, pamiętając, że cierpiący na duszy i na ciele posiadają życie wieczne.

Jaka jest nadzieja pielgrzyma, taka jest jego przyszłość i jego stosunek do przyszłości, taki jest także jego styl przeżywania teraźniejszości i taki wreszcie jest sens oraz rozmiar przestrzeni, w której żyje⁶.

Człowiek wobec problemu śmierci

Wraz z kontynuowaniem badań nad ludzkim cierpieniem, a szczególnie nad nosicielami najrozmaitszych chorób, rozpoczęto także badania i studia nad psychologią śmierci i umierania.

Powstały towarzystwa naukowe, jak Włoskie Towarzystwo Tanatologiczne, założone w 1979 roku. Towarzystwo to powstało z inicjatywy anestezyjologów-reanimatorów, psychiatrów, badaczy, w celu pogłębiania i systematyzacji badań oraz wiedzy o śmierci. Powstało także Międzynarodowe Towarzystwo Tanatologiczne w Paryżu.

Zbyt mało jeszcze wiadomo na temat śmierci, i wiedza ta jest nieuporządkowana, zwłaszcza jeśli chodzi o takie problemy, jak: diagnozowanie i definicja śmierci, problem śmierci mózgowej, pojęcie nieodwracalności stanów głębokiej śpiączki, deontologiczne aspekty leczenia chorych w stanie terminalnym, opanowanie bólu w stadiach agonalnych, dylemat czynnej lub biernej eutanazji.

⁵ KKK, nr 1769.

⁶ Por. J. Tischner, *Myślenie według wartości*, Znak, Kraków 1994, s. 437; Zeszyty Formacji Duchowej, Wydawnictwo Salwator, Kraków 2001, s. 55–63; także: M. Dziewiecki, *Dojrzałość emocjonalna*, Znaki Czasu, nr 29/30 (1993), s. 119–133; także: M. Dziewiecki, *Kształtowanie postaw*, Wydawnictwo „Ave”, Radom 1997.

Nowa dyscyplina – tanatologia – zakłada pracę interdyscyplinarną i rodzi się ze sprzeciwu wobec faktu, iż aspekt fizyczny śmierci kazał zapomnieć o wszystkich innych aspektach. Pozostaje jednak ona zawsze tajemnicą.

Odpowiedź na pytanie, dlaczego człowiek musi umierać, dał nam Mistrz z Nazaretu, który posłużył się obrazem ziarenka i kłosu pszenicznego. Ziarno pszenicy musi stać się kłosem, aby mogły nastąpić żniwa i dzięki temu był chleb. Ale aby ten cel osiągnąć, musi najpierw umrzeć. Ziarno pszenicy umiera nie dlatego, że jest winne, ale dlatego aby nie pozostać samo, umiera, aby stać się kłosem, umiera, ponieważ nie można być jednocześnie i ziarnem i kłosem. Po prostu trzeba przejść z jednego w drugie. Śmierć jest tym przejściem⁷.

Problem śmierci jest jednak wielkim problemem każdego człowieka. Można powiedzieć, że zarówno cierpienie, jak i śmierć, to płaszczyzna szczególnej solidarności międzyludzkiej – jeden los czeka każdego człowieka, a jest nim śmierć. Chodzi więc o ukazanie postaw systemowo-doktrynalnych, opartych na próbach intelektualnych rozwikłań zagadki śmierci. Trzeba jednak podkreślić, że śmierć nie jest w literaturze współczesnej ujmowana jednoznacznie⁸. I dlatego w niniejszym artykule pominiemy te definicje, a zajmiemy się bardziej świadomością własnej śmierci człowieka. Znowu z pomocą przychodzi rozumienie śmierci w chrześcijaństwie.

Śmierć nabiera sensu, i to sensu zdecydowanie pozytywnego, dla tych, którzy szukają rozwiązań w Ewangelii. Chrystus, Odkupiciel ludzkości, jest również tym, który przez swoje życie i swoją naukę objawia nam sens śmierci. Objawia nam, że śmierć spełnia dwie bardzo pozytywne funkcje: zadośćuczynienia za grzechy oraz, wprowadzenia do życia wiecznego. Sam Jezus przez swoją śmierć, jakże hańbiącą i bolesną, odkupił nasze grzechy, a zmartwychwstając otworzył nam bramy do życia wiecznego.

W tym kontekście można powiedzieć, że śmierć prowadzi do dojrzałszej autonomii osoby. To nie Bóg będzie człowieka wsadzał do piekła, czy na siłę wciągał do nieba, ale to osoba dojrzała duchowo wybiera Boga, jest to jej autonomiczny wybór. Na ziemi do praktyk religijnych mogli nas zmuszać rodzice, współmałżonek, i to była pewna niewola. Do życia na zawsze z Bogiem nikt nas już nie będzie zmuszał; będzie to nasza osobista, autonomiczna decyzja: „Jezu jesteś moim Panem i Zbawicielem, wybieram Ciebie za swojego Boga!”

⁷ Por. F. Antonelli, *Oblicza śmierci*, Kraków 1995; także: G. Matelet, *Odnaleźć życie pozagrobowe*, Kraków 1985.

⁸ Zob. B. Mondin, *Preegzystencja – nieśmiertelność – reinkarnacja*, tłum. M. Wojewoda, Kraków 1996; W. Hryniewicz, *Dramat nadziei zbawienia*, Warszawa 1996; F. Antonelli, *Oblicza śmierci*, tłum. J. Dembska, Kraków 1995; G. Matelet, *Odnaleźć życie pozagrobowe*, tłum. M. Figarski, Kraków 1985; J. Bowker, *Sens śmierci*, tłum. J. Łoziński, Warszawa 1996.

To, co czeka po śmierci człowieka – według chrześcijaństwa i innych poważnych religii – to: sąd, czyściec, piekło, zmartwychwstanie ciał i niebo. I taka myśl, że trzeba będzie jeszcze po śmierci cierpieć, to człowieka może napawać smutkiem, czyli cierpieniem duchowym, mogącym – jak to zostało wyżej powiedziane – doprowadzić go do rozpacz.

Człowiek wobec rzeczy ostatecznych

Sąd. Wiara chrześcijańska uczy nas, że pierwszym wydarzeniem, jakie rozgrywa się po śmierci, jest sąd. Opuściwszy ciało, dusza spotyka się od razu ze swoim Odkupicielem, Chrystusem uwielbionym, który w tym momencie staje się Sędzią. Św. Paweł stwierdza: zmarli chrześcijanie idą do Jezusa i przebywają potem z Nim (por. 2 Kor 4, 14; Flp 1, 23; 1 Tes 4, 14). Pisze także: „Wszyscy bowiem musimy stanąć przed trybunałem Chrystusa, aby każdy otrzymał zapłatę za uczynki dokonane w ciele, złe lub dobre” (2 Kor 5, 10).

Ponieważ *sąd szczegółowy* odbywa się podczas bezpośredniego spotkania duszy z Chrystusem, niepotrzebna jest wspaniała oprawa, jaka ma towarzyszyć sądowi ostatecznemu. Nie potrzeba tronu dla sędziego ani ław dla oskarżonych. Nie ma żadnego przesłuchania, nie ogłasza się żadnego wyroku. Wszystko jest o wiele prostsze.

Dusza otrzymuje specjalną zdolność jasnego widzenia tego wszystkiego, co Jezus dla niej uczynił i wycierpiał, oraz tego, w jaki sposób ona Mu odpowiedziała. Dusza rozpoznaje wtedy, że była wierna lub niewierna, winna zaniedbań, zdrad, tchórzostwa, oziębłości albo uważna, troskliwa, czujna, wdzięczna. Wyrok, że duszy przeznaczone jest wieczne życie z uwielbionym Chrystusem lub odłączenie od Niego na zawsze – wypływa jako logiczna konsekwencja tej jakże krótkiej, ale wszystko odsłaniającej analizy⁹.

Każdy człowiek w swojej nieśmiertelnej duszy otrzymuje zaraz po śmierci wieczną zapłatę na sądzie szczegółowym, który polega na odniesieniu jego życia do Chrystusa, albo dokonuje się przez oczyszczenie w czyścicu, albo otwiera bezpośrednio wejście do szczęścia nieba, albo stanowi bezpośrednio potępienie na wieki¹⁰.

Natomiast sąd ostateczny, według nauki Kościoła, nastąpi podczas chwalebego powrotu Chrystusa. Jedynie Ojciec zna dzień i godzinę sądu. Tylko On decyduje o jego nadejściu. Przez swego Syna Jezusa Chrystusa wypowie On wówczas swoje ostateczne słowo o całej historii. Poznamy ostateczne znaczenie dzieła stworzenia i ekonomii zbawienia oraz zrozumiemy przedziwne drogi, którymi Jego Opatrzność prowadziła wszystko do ostatecznego celu.

⁹ Por. KKK, nr 1021.

¹⁰ Por. KKK, nr 1022.

Sąd Ostateczny objawi, że sprawiedliwość Boga triumfuje nad wszystkimi niesprawiedliwościami popełnionymi przez stworzenia i że Jego miłość jest silniejsza od śmierci¹¹.

Czyściec. Z sądem szczegółowym wiąże się ściśle drugie wydarzenie eschatologiczne: określenie ostatecznej sytuacji osoby w królestwie wieczności. Może to być sytuacja wiecznej nagrody – niebo, albo wiecznej kary – piekło. Dla sprawiedliwych, którzy nie osiągnęli jeszcze stanu czystości, umożliwiającego udział w uszczęśliwiającej wizji, nauczanie katolickie przewiduje stan pośredni – czyściec.

Wbrew malowniczym i niejednokrotnie groteskowym obrazom, przekazanym przez średniowieczną kulturę, w szczególności przez literaturę, malarstwo i homiletykę, w znacznie mniejszym stopniu przez teologię, czyściec nie jest miejscem, nie jest rozpalonym piecem, w którym smażą się dusze, lecz jest stanem, duchową sytuacją niewypowiedzianego cierpienia, bólu. Jest stanem tego cierpienia, tego bólu, którego osoba powinna była doświadczyć już w tym życiu za obrazę Boga, a którego nie doświadczyła w wystarczającym stopniu. Trwanie tego stanu zależy od wielkości popełnionych wykroczeń, do tej pory nienaprawionych¹².

To końcowe oczyszczenie wybranych, które jest czymś całkowicie innym niż kara potępionych, Kościół nazywa *czyścem*. Naukę wiary dotyczącą czyścica Kościół sformułował na Soborze Florenckim i na Soborze Trydenckim.

Piekło jest dokładnym przeciwieństwem raju. Jest to stan wiecznej kary, jaką otrzymuje ten, kto na sądzie szczegółowym, staje przed trybunałem Boga w postawie poważnego nieposłuszeństwa względem Jego przykazań i głębokiej wrogości i niewdzięczności wobec Jego nieskończonego miłosierdzia.

W piekło wszystkie cechy właściwe człowiekowi, wykrzywione przez grzech już w czasie życia ziemskiego, ulegają dalszemu wypaczeniu, głębszemu rozdarciu, gwałtownemu rozpadowi. I tak oto wewnętrzność staje się jeszcze większym zamknięciem na innych i na samego Boga, wolna wola staje się jeszcze bardziej upartym wyborem zła; współistnienie przybiera jeszcze bardziej drastyczną formę rywalizacji, konfliktu, wrogości, nienawiści, zemsty, zuchwałości.

Nie możemy być zjednoczeni z Bogiem, jeśli nie wybieramy w sposób dobrowolny Jego miłości. Nie możemy jednak kochać Boga, jeśli grzeszymy ciężko przeciw Niemu, przeciw naszemu bliźniemu lub przeciw nam samym: „Kto... nie miłuje, trwa w śmierci. Każdy, kto nienawidzi swego brata, jest zabójcą, a wiecie, że żaden zabójca nie nosi w sobie życia wiecznego” (1 J 3, 14 c–15).

¹¹ Por. KKK, nr 1040.

¹² Por. KKK, nr 1030.

Nasz Pan ostrzega nas, że zostaniemy od Niego oddzieleni, jeśli nie wyjdziemy naprzeciw ważnym potrzebom ubogich i maluczkich, którzy są Jego braćmi. Umrzeć w grzechu śmiertelnym, nie żałując za niego i nie przyjmując miłosiernej miłości Boga, oznacza pozostać z wolnego wyboru na zawsze oddzielonym od Niego. Ten stan ostatecznego samowykluczenia z jedności z Bogiem i świętymi określa się słowem *piekło*¹³.

Bóg nie przeznaczają nikogo do piekła; dokonuje się to przez dobrowolne odwrócenie się od Boga (grzech śmiertelny) i trwanie w nim aż do końca życia. W liturgii eucharystycznej i w codziennych modlitwach swoich wiernych Kościół błaga o miłosierdzie Boga, który nie chce „niektórych zgubić, ale wszystkich doprowadzić do nawrócenia” (2 P 3, 9): „Boże, przyjmij łaskawie tę ofiarę od nas, sług Twoich, i całego ludu Twego. Napełnij nasze życie swoim pokojem, zachowaj nas od wiecznego potępienia i dołącz do grona swoich wybranych”¹⁴.

Osoba Jezusa Chrystusa, Jego nauka i łaska pomagają człowiekowi dojrzeć do bycia dzieckiem Bożym, by móc pokonać trudności, dobrze wypełnić swoje powołanie i spotkać się w Domu naszego Ojca-Boga.

Niebo, raj, jest stanem spełnienia się osoby w łonie Trójcy Świętej, we wspólnej radości aniołów i świętych. W raju, za sprawą Boga, wszystkie właściwości osoby znajdują swe urzeczywistnienie pełne, całkowite, kompletne. W spotkaniu i w ostatecznym zjednoczeniu z Bogiem, osobowy akt istnienia nie zostaje zniszczony, lecz wzmocniony i trwa nienaruszony w swojej odrębności.

Każdy znajdzie się w królestwie Bożym jako odrębne Ja z całym bogactwem łask, zasług, dobrych czynów zgromadzonych w czasie trwania życia doczesnego. Osoba doznaje jasnego oglądu siebie i Boga w Trójcy Jedynej. Ciało zostaje przeobrażone i na zawsze może uczestniczyć w radości duszy. Podobnie jak czyściec i piekło, również raj nie jest miejscem, lecz stanem: stanem doskonałej i wiecznej szczęśliwości tych, którzy znajdują się przed Bogiem „twarzą w twarz”, mogąc kontemplować Go w ekstazie i z radością miłować Go na zawsze.

Ci, którzy umierają w łasce i przyjaźni z Bogiem oraz są doskonale oczyszczeni, żyją na zawsze z Chrystusem. Są na zawsze podobni do Boga, ponieważ widzą Go „takim, jakim jest” (1 J 3, 2), twarzą w twarz¹⁵.

Jezus „otworzył” nam niebo przez swoją Śmierć i swoje Zmartwychwstanie. Życie błogosławionych polega na posiadaniu w pełni owoców odkupienia dokonanego przez Chrystusa, który włącza do swej niebieskiej chwały tych,

¹³ Por. KKK, nr 1033.

¹⁴ KKK, nr 1037.

¹⁵ KKK, nr 1023.

którzy uwierzyli w Niego i pozostali wierni Jego woli. Niebo jest szczęśliwą wspólnotą tych wszystkich, którzy są doskonale zjednoczeni z Chrystusem.

Tajemnica szczęśliwej komunii z Bogiem i tymi wszystkimi, którzy są w Chrystusie, przekracza wszelkie możliwości naszego zrozumienia i wyobrażenia. Pismo Święte mówi o niej w obrazach: życie, światło, pokój, uczta weselna, wino królestwa, dom Ojca, niebieskie Jeruzalem, raj: „To, czego ani oko nie widziało, ani ucho nie słyszało, ani serce człowieka nie zdołało pojąć, jak wielkie rzeczy przygotował Bóg tym, którzy Go miłują” (1 Kor 2, 9).

Z powodu swej transcendencji Bóg nie może być widziany takim, jaki jest, dopóki On sam nie ukaże swojej tajemnicy dla bezpośredniej kontemplacji ze strony człowieka i nie uzdolni go do niej. Kontemplacja Boga w chwale niebieskiej jest nazywana przez Kościół „wizją uszczęśliwiającą”¹⁶.

Na końcu świata Królestwo Boże osiągnie swoją pełnię. Po sędzie powszechnym sprawiedliwi, uwielbieni w ciele i duszy, będą królować na zawsze z Chrystusem, a sam wszechświat będzie odnowiony: wtedy Kościół „osiągnie pełnię... w chwale niebieskiej, gdy nadejdzie czas odnowienia wszystkiego i kiedy wraz z rodzajem ludzkim również świat cały, głęboko związany z człowiekiem i przez niego zdążający do swego celu, w sposób doskonały odnowi się w Chrystusie”¹⁷.

Kościół w swoim przesłaniu podkreśla, że „nie znamy czasu, kiedy ma zakończyć się ziemia i ludzkość, ani nie wiemy, w jaki sposób wszechświat ma zostać zmieniony. Przemija wprawdzie postać tego świata zniekształcona grzechem, ale pouczeni jesteśmy, że Bóg gotuje nowe mieszkanie i nową ziemię, gdzie mieszka sprawiedliwość, a szczęśliwość zaspokoi i przewyższy wszelkie pragnienia pokoju, jakie żywią serca ludzkie”¹⁸.

Człowiek wobec „życia po życiu” – nadzieja czy dramat?

W Polsce w 1998 roku ukazała się książka Hansa Urs von Balthasara *Czy wolno mieć nadzieję, że wszyscy będą zbawieni?*¹⁹ Książka nie jest publikacją odpowiadającą na pytanie: czy wszyscy będą zbawieni? Jest to praca o nadziei, i o tym, że teologia nie może być budowana jako „system”.

Hans Urs von Balthasar przez całe życie czytał Orygenes, który nauczył, że jeżeli teologię rozumie się jako „system”, dzieje się wówczas to, co stało się

¹⁶ KKK, nr 1028.

¹⁷ Sobór Watykański II, *Lumen gentium*, nr 48.

¹⁸ Sobór Watykański II, *Gaudium et spes*, nr 39.

¹⁹ H. Urs von Balthasar, *Czy wolno mieć nadzieję, że wszyscy będą zbawieni?*, tłum. S. Budzik, Wyd. Biblos, Tarnów 1998.

z myślą greckiego Ojca w rękach jego uczniów – choć została litera, nie było już w niej ducha, który daje życie.

Jako teolog, Balthasar nie mógł i oczywiście nie chciał uciec od zmierzenia się z problemem rzeczy ostatecznych, czyli pytaniem o zbawienie i potępienie człowieka. Teolog z Bazylei, choć niewątpliwie rozmyślał nad tym zagadnieniem długo, zmierzył się z nim ostatecznie dopiero pod koniec życia. W roku 1986 opublikował tekst pt. „Czy wolno mieć nadzieję?” (*Was dürfen wir hoffen?*), następnie w roku 1987 „Krótki dyskurs o piekle” (*Kleiner Diskurs tiber die Hölle*). Wreszcie w roku 1988, na dwa miesiące przed śmiercią, wygłosił na Wydziale Teologicznym w Trewirze wykład pt. „Apokatastaza”. Teolog z Bazylei chciał, aby te trzy eseje teologiczne były wydawane razem, i tak zostały wydane w polskim tłumaczeniu.

Oczywiście każdy, kto podejmuje ten temat, musi liczyć się z polemiką. Również Balthasar musiał odpowiadać na zarzuty wobec swoich propozycji odnośnie do chrześcijańskiej eschatologii. To zresztą należy do natury dociekań teologicznych. Jest to normalny, stosowany od początku chrześcijaństwa sposób uprawiania refleksji teologicznej: przedstawienie swoich propozycji, aby mogły zostać ocenione i skrytykowane przez innych teologów, a dalej odpowiadanie na postawione zarzuty. Przy czym, co oczywiste, istotną częścią polemiki teologów katolickich jest zawsze pytanie o wierność Magisterium Kościoła. Kiedy więc Balthasar zaczął przedstawiać swoje opinie odnośnie rzeczy ostatecznych i wydał książkę „Czy wolno mieć nadzieję?”, została ona, jak pisze: „rozrębana na drobne drzazgi. Leży przede mną spory stos obelżywych listów i zakłęb, abym powrócił do prawdziwej wiary itp.”²⁰

Teologowie zarzucili mu, że głosi tezy sprzeczne z nauczaniem Kościoła. Balthasar ustosunkował się do tych krytycznych głosów. Przy okazji tej polemiki po raz kolejny powstała sytuacja, która powtarza się niezmiennie za każdym razem, gdy podejmowany jest temat zbawienia i potępienia. Chodzi mianowicie o zniekształcanie poglądów. Balthasar pisze: „W czasie konferencji prasowej w Rzymie, zasypywany pytaniami o piekło, wyjawilem moje poglądy, co doprowadziło do poważnych zniekształceń w relacjach prasowych”²¹. To nie jest przypadek, zła wola dziennikarzy czy niezdolność szwajcarskiego teologa do jasnego wyłożenia swojej myśli. To jest nieuniknione, gdy problem taki, jak rzeczy ostateczne, usiłuje się przykroić do języka gazety codziennej. Nieuniknione w takim wypadku uproszczenie i spłaszczenie zagadnienia musi nie tylko zaciemnić, ale i wprost zniszczyć to, co najważniejsze.

Balthasar odpowiada na zarzuty i na zniekształcenie swojej myśli w sposób godny „wielkiego teologa”.

²⁰ Tamże, s. 151.

²¹ Tamże, s. 42.

Książka Balthasara jest medytacją. Zachowuje oczywiście wszelkie rygory metodologii teologicznej. Co więcej, jest znakomitym pokazem uprawiania teologii, ale właśnie dlatego jest medytacją nad tajemnicą. A w medytacji ważny jest nie tylko wynik końcowy. W medytacji ważny jest każdy kolejny krok, razem przebyta droga. Balthasar więc prowadzi czytelnika wspaniałą drogą teologicznych tradycji kościelnych: poprzez Pismo Święte, Ojców Kościoła, Tomasza z Akwinu, świadectwa mistyków i autorów nowożytnych. Do każdego z nich podchodzi z szacunkiem. Nie stara się wpasować ich w jeden schemat: tu zwolennicy – tam przeciwnicy tezy o powszechnym zbawieniu. Stara się odtworzyć możliwie wiernie ich myśl.

W całość pełni takie podejście ujawnia się już przy rozważaniu „dwóch szeregów wypowiedzi Nowego Testamentu, których synteza nie jest ani dozwolona ani możliwa: pierwszy szereg mówi o wiecznym potępieniu, drugi o tym, że Bóg chce i może zbawić wszystkich ludzi”²².

Balthasar przedstawia te dwa szeregi wypowiedzi nowotestamentalnych i omawia pewne istniejące już wśród biblistów i teologów próby systematyzacji. Teksty mówiące o potępieniu wiecznym próbowano bowiem uznać za teksty przedpaschalne, natomiast teksty mówiące o powszechnej woli zbawczej Boga jako popaschalne i w ten sposób wykazać, że te drugie są ważniejsze, że one jakby unieważniają teksty przedpaschalne. W ten sposób można by powiedzieć, że mamy prawo uznać za wiążące i ostateczne te teksty nowotestamentalne, które podkreślają powszechną zbawczą wolę Boga. Szwajcarski myśliciel oczywiście nie pozwala sobie na taką łatwą systematyzację i konkluduje: „nie da się w sposób przejrzysty usystematyzować aspektów przedpaschalnych i popaschalnych. Wymagany przez pierwszą grupę lęk przed możliwym zatraceniem nie jest bynajmniej zbagatelizowany – przez drugą grupę tekstów – na rzecz wiedzy o wyniku sądu”²³.

W tym miejscu Balthasar najwyraźniej odróżnia swoje poglądy od rozstrzygnięć jednego z wielkich mistrzów swojej teologii, Karla Bartha. Pisze: „To stwierdzenie (o nadziei, która przeważa nad lękiem) jest wypowiedzią egzystencjalną, choć teologicznie uzasadnioną, nie ma jednak charakteru systematycznego. Nie powinno się więc go wyjaśniać przy pomocy tez tworzących system, jak w przypadku Karla Bartha, według którego Jezus, Wybrany Boga, został odrzucony w miejsce grzeszników, aby nikt oprócz Niego nie zginął. [...] trzeba się zdystansować od tak systematycznych wypowiedzi i ograniczyć się do nadziei chrześcijańskiej, która nie jest maskowaniem ukrytej wiedzy”²⁴. Zawsze, gdy gdzieś w teologii pojawia się projekt rozwiąza-

²² Tamże, s. 51.

²³ Tamże, s. 63.

²⁴ Tamże.

nia ostatecznego, wiedzy, choćby maskowanej, Balthasar dystansuje się od takiego rozwiązania.

Teolog z Bazylei, badając pisma Orygenesesa, doskonale wie, że nie głosił on apokatastazy rozumianej jako pewność powszechnego zbawienia (prawda ta nie dotarła jeszcze do powszechnej świadomości teologów). Jeżeli już szukać Ojca Kościoła, który wyrażał zdecydowane przekonanie o zbawieniu wszystkich ludzi, to będzie nim przede wszystkim św. Grzegorz z Nyssy. Oczywiście Grzegorz jest uczniem swojego wielkiego poprzednika, jego nauka wyrosła z wpływu Orygenesesa, ale Grzegorz uprawiał własną teologię i nie ograniczał się do powtarzania cudzych tez.

Orygenes nie przedstawiał w konsekwencji żadnego ostatecznego rozwiązania, lecz ciągle od nowa medytował nad tą tajemnicą. Ta medytacja prowadziła go wciąż w tym samym kierunku, ku nadziei, ku ufności, że Boża miłość zwycięży. Natomiast nadzieja ta nie prowadziła już Orygenesesa ku jakimkolwiek ostatecznym stwierdzeniom. Prowadziła go do coraz większego wysiłku, by podobać się Bogu. Nadzieja ta również nie usuwała lęku przed popełnieniem grzechu, w żaden sposób nie przekładała się na uspokajające stwierdzenie, że nie ma powodu, aby się martwić, bo na pewno wszystko będzie dobrze.

Kiedy więc Balthasar przeciwstawia koncepcje Orygenesesa i Augustyna, to nie zestawia ze sobą dwóch równorzędnych poglądów: jednego, który twierdzi, że wszyscy będą zbawieni, i drugiego, który utrzymuje, że będą i zbawieni i potępieni. Balthasar przeciwstawia tego, który medytuje, temu, który wie. Píše: „Mimo to jego (Augustyna) stanowisko oznacza o tyle punkt zwrotny w historii Kościoła, o ile Augustyn wyjaśnia dotyczące teksty w sposób, który ukazuje, że po prostu «wie» jaki będzie wynik Boskiego sądu”²⁵. W tym punkcie, mimo całego szacunku dla głębi wiary, wielkości teologicznej i geniuszu Augustyna, Balthasar zdecydowanie przeciwstawia się jego rozwiązaniu.

Przez całą książkę przewija się jeden motyw – protest przeciw „wiedzy”, systematyzacji, przeciw podejściu do tajemnicy ostatecznego losu człowieka, jak do problemu, na który można i trzeba dać ostateczną, obiektywną odpowiedź. Nigdzie jednak ten protest Balthasara nie dochodzi do głosu wyraźniej niż w rozdziałach „Piekło dla innych” i „Radość z potępienia”. Teolog z Bazylei opisuje w nim istniejącą od czasów Tertuliana i Augustyna tradycję teologiczną, która uznawała, że „wie”, iż w piekle będą jacyś potępieni. Zdecydowanie i jednoznacznie odrzuca tę tradycję: „Biada mi, jeżeli patrząc wstecz, śledzę, jak inni, którzy nie mieli tyle szczęścia co ja, toną pod naporem fal. Kiedy obiektywizuję piekło i czynię z niego teologiczno-naukowy «przedmiot» i zaczynam rozważać, ilu popada w piekło, ilu go unika. Gdyż w tym momencie wszystko się zmienia: piekło nie dotyczy już mnie, staje się tym, co osiąga

²⁵ Tamże, s. 77n.

«innych», podczas gdy ja dzięki Bogu umknąłem przed nim. [...]. Można przyjąć za motyw charakterystyczny dla dziejów teologii, iż ten, kto wypełnia piekło przez *massa damnata* grzeszników, sam ustawia siebie za pomocą jakiegoś świadomego lub nieświadomego tricku (może ostrożnie ale jednak ufnie) po drugiej stronie”²⁶.

Medytacja teologiczna Balthasara wprowadza nas w głąb tajemnicy i rozświetla umysł. Niewątpliwie zmienia i pogłębia rozumienie medytowanej tajemnicy. W miejsce tak krytykowanej przez szwajcarskiego myśliciela „wiedzy”, daje głębsze spojrzenie, jakby zmianę perspektywy. Wyprowadza z wąskich zaułków.

Tajemnica, w którą wprowadza nas teolog z Bazylei, jest przede wszystkim tajemnica nadziei. Hans Urs von Balthasar zgłębia pojęcie nadziei, a tym samym wskazuje, że w tytułowym pytaniu jest to słowo najważniejsze. I stwierdza, że „wiedza” zabija nadzieję. Przytacza słowa Piepera: „Kto ma na względzie jedynie sprawiedliwość Bożą, jest w stanie mieć tak małą nadzieję jak ten, kto dostrzega jedynie miłosierdzie: obaj popadają w beznadzieję, pierwszy w beznadziejność zwątpienia, drugi zuchwałości. Jedynie nadzieja jest w stanie pojąć wykraczającą poza wszelkie przeciwieństwa rzeczywistość Boga”²⁷.

Ta nadzieja, aby była autentyczna, nie może być nadzieją ograniczoną, dotyczącą jedynie mnie, czy mniej lub bardziej licznych „wybranych”. Jedyna autentyczna nadzieja to nadzieja obejmująca wszystkich. Balthasar cytuje kard. Ratzingera, który przywołuje „Drugi List Klemensa”: „Nie powinniśmy małodusznie myśleć o naszym ocaleniu, gdyż myśląc o nim małodusznie, tak samo odnosimy się również do naszej nadziei”. Balthasar pisze: „Miłość nie potrafi inaczej, jak tylko mieć nadzieję na pojednanie wszystkich ludzi w Chrystusie. Taka bezgraniczna nadzieja jest po chrześcijańsku nie tylko dozwolona, ale również nakazana”²⁸.

Przy czym nigdy dosyć podkreślenia, że chodzi tu o nadzieję, która jest radykalnie różna od najbardziej nawet maskowanej wiedzy. Ta różnica wyraża się w dramatyczności. Wiedza znosi dramat, nadzieja nie znosi dramatu. Dlatego każdy chrześcijanin ma obowiązek traktować możliwość piekła z najwyższą powagą, ale przede wszystkim w odniesieniu do siebie, w przepowiadaniu zaś – zawsze w kontekście wezwania do nawrócenia. Balthasar z aprobatą cytuje słowa Rahnera: „Musimy postawić obok siebie, bez sporządzania bilansu, słowa mówiące o powszechnej zbawczej woli Boga, o odkupieniu wszystkich przez Chrystusa i obowiązku nadziei zbawienia dla wszystkich oraz zdanie mówiące o rzeczywistej możliwości wiecznej zatury.

²⁶ Tamże, s. 172n.

²⁷ Tamże, s. 148.

²⁸ Tamże.

Co zaś się tyczy przepowiadania, to należy obok wyraźnego podkreślania piekła jako możliwości trwałego sprzeciwu, równie wyraźnie zachęcać do pełnego nadziei i ufności oddawania się nieskończonemu miłosierdziu Boga²⁹.

Znamienne, że zarówno pierwsze, jak i ostatnie zdanie książki Balthasara, mówi o sądzie. Książka rozpoczyna się od słów: „My wszyscy, którzy żyjemy wiarą chrześcijańską i – na ile pozwala nam jej misteryjny charakter – usiłujemy ją także zrozumieć, «podlegamy sądowi»”, a kończy się słowami: „poprzestańmy na stwierdzeniu, że podlegamy ostatecznie Boskiemu sądowi”.

Można żywić nadzieję, że myśli Balthasara staną się inspiracją, która przyczyni się do odnowienia przepowiadania, kaznodziejstwa o rzeczach ostatecznych. Balthasarowe spojrzenie na tajemnicę sądu i nadziei, sprawiedliwości i miłosierdzia Bożego, poprzez integralne włączenie do refleksji wymiaru osobistego, poprzez spojrzenie na piekło jako na rzeczywistość, jaka dotyczy nie tyle innych, co mnie, i wreszcie poprzez potraktowanie tej tajemnicy w perspektywie nadziei, a nie „wiedzy”, niesie w sobie wezwanie do nawrócenia. Jest więc ze swej natury teologią pobudzającą do głoszenia o Bożym sądzie, któremu wszyscy podlegamy i o autentycznej dramatyczności tego sądu – dramatyczności naszego życia.

W Polsce podobnym problemem zajmuje się Wacław Hryniewicz, który również jak Balthasar, zachęca do medytacji spraw ostatecznych, do nadziei, która może zbawić wszystkich ludzi, ale która nie wyklucza piekła³⁰.

Zakończenie

Na zakończenie warto jeszcze raz zwrócić uwagę na problem cierpienia związanego z własną śmiercią, sądem, czyścem, piekłem. Nie wiedza, ale cnota nadziei (ani nie surowa sprawiedliwość, ani nie naiwne miłosierdzie) każe nam wierzyć, że nie tylko ja, ale i wszyscy ludzie będą zbawieni (szczęśliwi), wyzwala człowieka z poczucia lęku, a nawet rozpaczy i każe iść przed siebie i realizować własne powołanie w świecie.



²⁹ Tamże, s. 188.

³⁰ Por. W. Hryniewicz, *Pedagogia nadziei. Medytacje o Bogu, Kościele i Ekumenii*, Wyd. Verbum, Warszawa 1997; oraz J. Majewski (red.), *Puste piekło? Spór wokół ks. Wacława Hryniewicza nadziei zbawienia dla wszystkich*, Biblioteka „Weży”, Warszawa 2000.

Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błeszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Anna Gęsicka

Uniwersytet Mikołaja Kopernika
w Toruniu

STAROŚĆ: WYMIARY CIERPIENIA. ŚWIADECTWO PÓŻNOŚREDNIOWIECZNEJ FRANCUSKIEJ POEZJI LIRYCZNEJ

Trawestując arystotelesowską maksymę, można stwierdzić, że podobnie jak śmiech, również cierpienie jest cechą ludzką. Niektórzy badacze odróżniają cierpienie, fakt kulturowy, od bólu, doznania czysto fizycznego, do którego odczuwania zdolne są w równym stopniu zwierzęta¹. Zarówno ból fizyczny, jak i cierpienie mają swoją historię, a ich reprezentacja i znaczenie w przyjętym systemie wartości bywały odmienne w różnych epokach i miejscach globu². Zbadanie każdego rodzaju śladu pozostawionego w źródłach kultury może stanowić ważną cegiełkę w konstrukcji poznania zagadnienia ludzkiego cierpienia w całej jego złożoności, wielowymiarowości, a zarazem uniwersalności.

Przedmiotem niniejszych refleksji jest literacki obraz cierpienia będącego konsekwencją starości w dyskursie poetyckim końca średniowiecza. Świadekto pozostawione przez francuskich poetów przełomu XIV i XV wieku wydaje się interesujące z powodu istotnych zmian kulturowych, które zaszły w tym okresie.

Przed wszystkim zmienia się funkcja cierpienia. W tradycji judeochrześcijańskiej traktowane jest ono najpierw jako kara Boża za przewiny – rezul-

¹ W ten sposób podszedł do zagadnienia Henri Rey-Flaud w: *La souffrance au Moyen Age (France, XII e – XV e s.)*, Les Cahiers de Varsovie, 14 (1988), s. 44 (głos w dyskusji). Por. także jego artykuł *Le corps en douleur, l'être en souffrance*, w: tamże, s. 21–31.

² Por. G. Duby, *Reflexions sur la douleur physique au Moyen Age*, w: tamże, s. 15.

tat grzechu pierworodnego; doświadcza go biblijny Hiob. W epoce feudalnej ból postrzegany jest w kategoriach upokorzenia, upadku i jako taki pełni także rolę środka pokutnego za grzechy. Schyłek średniowiecza europejskiego jest jednakże okresem, w którym dokonuje się waloryzacja cierpienia. Chrystocentryczny charakter późnośredniowiecznej pobożności ukierunkowuje kontemplacyjne spojrzenie wiernych na Mękę Odkupiciela, na Jego cierpienie, a w konsekwencji także na cierpienie ludzkie. Chrystusowa Pasja staje się materia wstrząsających spektakli (misteria pasyjne), a zarazem przyczynia się do obudzenia społecznego współczucia dla cierpiących – chorych czy biednych współbraci. Cierpienie, zwłaszcza w piekle, staje się tematem sztuki³. Rozwija się medycyna, nastawiona już nie tylko na leczenie, ale także na przyniesienie ulgi⁴.

Drugą istotną kwestią jest pojawienie się nowego oblicza poezji. W tym czasie bowiem dochodzi do głosu subiektywizowane Ja poety. Wypowiedź poetycka nabiera osobistego charakteru, oddala się coraz bardziej od stereotypowości właściwej wcześniejszym epokom⁵, stając się bliższą współczesnej definicji poezji lirycznej, akcentującej ekspresję uczuć podmiotu mówiącego. Wysuwając na pierwszy plan indywidualną wrażliwość twórcy, poezja ta nie przestaje pochylać się nad bogactwem aspektów ludzkiej kondycji w wymiarze uniwersalnym, także tych najtrudniejszych.

Późnośredniowieczna Francja zmagana się z konsekwencjami dwóch tragicznych wydarzeń: wojny stuletniej (1337–1453), której efektem jest spadek demograficzny o 50% populacji i konieczność praktycznej odbudowy społeczeństwa⁶, oraz epidemii dżumy, tzw. czarnej śmierci, która dziesiątkowała całą Europę w latach 1347–1350, zabijając trzecią część jej mieszkańców i powodując katastrofę demograficzną bez precedensu w historii. Następujące po sobie przez cały wiek XV kolejne epidemie i zbrojne konflikty dokonują dzieła erozji demograficznej Francji, czego rezultaty widoczne są we wszyst-

³ Por. E. Male, *L'Art religieux de la fin du moyen âge en France: étude sur l'iconographie du moyen âge et sur ses sources d'inspiration*, Armand Colin, 1999.

⁴ Por. G. Duby, dz. cyt., s. 16–19, J. Kłoczowski, *Les mendiants et la Passion du Christ dans la Pologne médiévale*, w: *La souffrance*, s. 34–40.

⁵ Por. M. Abramowicz, *La formule, l'imaginaire et le monde des valeurs*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1991. P. Zumthor, wyłączając poetycką szkołę wielkich retoryków, mówi o swoistej „poetyce wyznania” (*poétique de l'aveu*) poezji schyłku średniowiecza, w: P. Zumthor, *Le masque et la lumière, La poétique des Grands Rhétoriciens*, Seuil, Paris 1998, s. 109.

⁶ N. Davies, *Europa. Rozprawa historyka z historią*, Wydawnictwo Znak, Kraków, 1998, s. 456–461; por. także J. Baszkiewicz, *Historia Francji*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wydawnictwo, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1978, s. 146–175.

kich dziedzinach odbijających kondycję społeczeństwa: ekonomii, polityce, mentalności, sztuce i literaturze⁷.

Paradoksalnie, w wyniku tych burzliwych wydarzeń znacznie umocniła się pozycja starców. Dżuma i inne epidemie, których ofiarami stawały się głównie dzieci i młodzi ludzie, ich właśnie oszczędziły. Proporcja starych ludzi w populacji wyraźnie się zwiększa począwszy od lat pięćdziesiątych XIV wieku⁸. Jednym z efektów dżumy staje się więc wzrost politycznej i ekonomicznej roli starych ludzi. Psychologicznie często samotni, wyalienowani wewnątrz życia rodzinnego (młodsza o 20–30 lat żona, brak kontaktu z dziećmi), dzierżą oni jednak silną ręką władzę nad rodzinnym interesem, gromadzą kapitał i pełnią ważne funkcje publiczne, a ich scheda bywa często przekazywana bezpośrednio wnukom, z pominięciem pokolenia dzieci. Zarówno więc dla odsuniętych od interesu czterdziestolatków, jak i młodych ludzi z politycznymi ambicjami, wpływowi starcy stanowią realne zagrożenie i konkurencję⁹.

Według historyków, te złożone uwarunkowania życia społecznego w XV wieku, zwłaszcza wyraźna i frustrująca dla młodych dominacja starców w życiu publicznym i rodzinnym (także na rynku matrymonialnym), zaowocowały literackim pesymistycznym obrazem starości. Z jednej strony poezja tego okresu staje się terenem, na jakim być może dokonuje się rodzaj swoistej – właśnie literackiej – doraźnej zemsty na wszechmocnych starcach¹⁰, z drugiej zaś wyraźna wszechobecność starości ukierunkowuje refleksje poetów ku uniwersalnemu problemowi przemijania.

Ważną bowiem materią poetycką schyłku średniowiecza staje się między innymi zmaganie z bolesną świadomością upływu czasu, a starość okazuje się pociągającym tematem literackim zarówno dla zaawansowanych wiekiem, jak i dla całkiem młodych autorów. Ci pierwsi zdają się po prostu dzielić z czytelnikiem swoimi rzeczywistymi przeżyciami w obliczu starości. Drudzy, których bagaż przeżytych lat nie jest wystarczający, aby mówić o dogłębnym doświadczeniu przemijania, chętnie przybierają literacką pozę starości, pozwalającą ukazywać temat w formie fikcyjnej autobiografii, fałszywego wyznania¹¹.

Właściwa epoce konwencja masek literackich pociąga za sobą teatralizację ekspresji poetyckiej, owego Ja lirycznego, uciekanie się do wieloznacznego

⁷ Por. G. Minois, *Histoire de la vieillesse en Occident. De l'Antiquité à la Renaissance*, Fayard, 1987, s. 287–288; J.-P. Bois, *Histoire de la vieillesse*, PUF, 1994, s. 38; P. Zumthor, dz. cyt., s. 23–27.

⁸ Por. J.-P. Bois, dz. cyt., s. 38–39.

⁹ Por. G. Minois, dz. cyt., s. 304–310. Por. także D. Herlihy, *Vieillir à Florence au Quattrocento*, *Annales ESC*, t. XXIV (1969), s. 1341–1347.

¹⁰ Tamże, s. 321, J.-P. Bois, dz. cyt., s. 41–42.

¹¹ Por. J.-C. Aubailly, *Villon et la psychologie des profondeurs*, w: *Villon hier et aujourd'hui, Actes du colloque pour le 500 e anniversaire de l'impression du «Testament» de Villon*, Bibliothèque Historique de la Ville de Paris, 1993, s. 137.

dyskursu, który wymaga od czytelnika sporej dozy czujności¹². Wypowiedź poetycka jednak, niezależnie od tego, czy stanowi akt szczerej spowiedzi lirycznej czy literackiej gry, nie przestaje być reprezentatywnym dla epoki świadectwem postrzegania starości. Co więcej, obie grupy poetów zdają się mówić jednym głosem, wpisując się w literacki stereotyp starości, w którego ramach każde świadectwo brzmi jednocześnie subiektywnie.

Integralnym elementem doświadczenia starości jest, także w interesującym nas obrazie literackim, cierpienie. W tekstach poetyckich traktujących o cierpieniach starości odbija się charakterystyczna dla epoki nowa jakość literackiej ekspresji oraz postrzegania cierpienia. Wrażenie szczerości przekazu potęguje fakt, że jako podmiot doznań wypowiada się na ogół w pierwszej osobie rzeczywisty lub domniemany starzec¹³.

W optyce chrześcijańskiej człowiek to jedność ciała i duszy¹⁴. Jeśli się jednak przyjmie, że kondycja duszy, elementu duchowego, jest w znacznym stopniu konsekwencją biologicznych metamorfoz zachodzących w ciele – w myśl antycznej formuły *mens sana in corpore sano* – tym bardziej oznacza to, że „cały” człowiek podlega procesowi starzenia, starzenia psychofizycznego. W obrazie poetyckim cierpienie starego człowieka również obejmuje oba wymiary: zarówno świat fizycznych doznań, jak i dusznych rozterek. Obie sfery pozostają w ścisłym związku przyczynowo-skutkowym, a rozłożenie emocjonalnych akcentów zależy od indywidualnej wrażliwości autorów.

1. Obraz biologicznych cierpień starości obejmuje szerokie spektrum, od drobnych, lecz nieznośnych, niedogodności wynikających z nadwężonego zdrowia, poprzez opis powolnej, nieustępliwej degradacji funkcji życiowych, do świadectwa często wszechobejmującego bólu fizycznego.

Spośród najbardziej dokuczliwych dolegliwości na pierwsze miejsce poezja wysuwa osłabienie lub utratę wzroku. W XIV i XV wieku okulary nie są jeszcze szeroko rozpowszechnione¹⁵, a wzrok stanowi przecież najcenniejszy zmysł człowieka, zwłaszcza w przypadku twórców, ludzi pióra. Upośledzenie

¹² Por. np. D. Poirion (red.), *Précis de littérature française du Moyen Age*, FUF, Fsais 1983, s. 280–281, J.-C. Muhlethaler, *Poétiques du quinzième siècle. Situation de François Villon et Michault Taillevent*, Nizet, Paris 1983, s. 57–63; E. Méchoulan, *Les arts de rhétorique du XVe siècle: la théorie, masque de la 'theoria'?*, w: *Masques et déguisements dans la littérature médiévale*, Montréal–Paris 1988, s. 213–221.

¹³ Co ciekawe, prawie zawsze jest to starzec mężczyzna. Starość kobiety, i to w niewielkim zakresie, interesuje tylko dwóch spośród analizowanych autorów. Na ten temat por. A. Gęsicka, *La vielle femme aux yeux des poètes au bas Moyen Age: vision d'Eustache Deschamps et de François Villon*, w: P. Mane, F. Piponnier, M. Wilska, M. Piber-Zbieranowska (red.), *La femme dans la société médiévale et moderne*, Instytut Historii PAN, Warszawa 2005, s. 141–152.

¹⁴ K. Rahner, H. Vorgrimler, *Mały słownik teologiczny*, tłum. T. Mieszkowski, P. Pachciarek, PAX, Warszawa 1987, s. 61 („ciało”), 97 („dusza”).

¹⁵ G. Duby, Ph. Ariès (red.), *Histoire de la vie privée*, Seuil, Paris 1985, s. 599.

wzroku jest dla nich równoznaczne nie tylko z częściowym lub całkowitym wykluczeniem z aktywności zawodowej, ale także z pozbawieniem rozkoszy lektury. Jan Molinet, który w rzeczywistości widzi tylko na jedno oko, tak o tym mówi: „... czytam w okularach, / Aby litery pogrubić”¹⁶, „ Od dnia, gdy przyszło mi / Oko stracić, żadna przyjemność mnie nie spotyka [...] / Starość nadchodzi [...]”¹⁷. Zmienia się też odbiór otaczającej rzeczywistości. Osłabienie wzroku prowadzi do doznań zbliżonych do sennego koszmaru – otaczający świat traci stabilność: „Choroba mych oczu / W tak wielkim stawia mnie niebezpieczeństwie / Że ściany zdają mi się chwiać: / Szykuję się na ślepotę”¹⁸. Podobne doznanie komunikuje Jan Meschinot: „Światłość stała mi się ciemna i mroczna”¹⁹. Piotr Chastellain, w którego życiu muzyka zajmowała istotne miejsce, musi z niej zrezygnować. Skarży się bowiem, że nie widzi nut i dorzuca znamiennej uwagę: „Rozpacza ten, co nic nie widzi”²⁰. Oczy są szczególnie ważne w przypadku księcia Karola Orleańskiego, dla którego kontemplacja piękna stała się sposobem na życie. On również zmuszony jest używać okularów, ale tekst znanej ballady stawia problem na poziomie metaforycznym; okulary mają nie tylko ułatwić lekturę, ale także przydać radości zmaconemu perspektywą starości odbiorowi świata. Nie udaje się to jednak: „Teraz, gdy się stary staję, / I w księdze Radości czytam, / Dla wygody okulary wkładam, / Czym litery grubsze sprawiam, / Lecz nie widzę tego, com zawsze znajdował [...]”²¹.

Słuch jest następnym zmysłem, którego utrata, nawet częściowa, alienuje starca z otoczenia. Najlepiej streszcza problem Jan Meschinot: „Nic już nie słyszę; lecz głuchy jak pień / Stałem się”²². Niektórzy poeci podkreślają osłabienie głosu lub kłopoty z zębami. W ujęciu Eustachego Deschamps starość

¹⁶ „...je lis a mes lunettes, / Afin de trouver grosse lettre” (*Le donnet baillé au roy Loys XI*), w: N. Dupire, *Les Faictz et Dictz de Jean Molinet*, SATF, Paris 1937. Wszystkie cytaty pochodzą z tego wyd., tłum. moje.

¹⁷ „Depuis le jour que fortune m’advint / De perdre l’oeul, nul plaisir ne me vint [...] / Viellesse approche [...]” (*Lettre missive*).

¹⁸ „Le mal que mes yeux sont sentans / En sy tres grand dangier me pose / Que je vois les parois tatans: / Pour estre aveugle me dispose” (*Lettre a maistre Loys Compere*).

¹⁹ „La clarté m’est obscure et ténébreuse” (*Lunettes des princes*, dalej L.P., strofa 39), w: C. Martineau-Génieys, *Edition des «Lunettes des princes» de Jean Meschinot*, Droz, Genève, 1972 (*Publications romanes et françaises*, 121). Wszystkie cytaty pochodzą z tego wydania, tłumaczenie moje.

²⁰ „Il languist qui ne voit goutte” (*Temps perdu*, dalej: T.P., strofa 64), w: R. Deschaux, *Les oeuvres de Pierre Chastellain et de Vaillant, poètes du XVe siècle*, Droz, Genève 1982. Wszystkie cytaty różnych dzieł Piotra Chastellaina pochodzą z tego wydania, tłum. moje.

²¹ „Or, maintenant que deviens vielux, / Quant je lys ou livre de Joie, / Les lunettes prens pour le mieulx, / Par quoy la lettre grossoye, / Et n’y voy ce que je souloye [...]” (ballada 95), w: P. Champion, *Charles d’Orléans. Poésies*, H. Champion, Paris 1982 (reprint wyd. z 1923).

²² „Je n’oy plus rien; mais sourd comme une buche / Suis devenu” (L.P., strofa 38).

„Na ból zębów cierpi, jeść nie może”²³, Piotr Chastellain natomiast jest bardziej precyzyjny: „Zęby mi zgniły”²⁴. Starość przejawia się w uciążliwym drżeniu członków czy nadmiernym odczuwaniu zimna. Słowo „zimno” (*froid*) staje się często synonimem słowa „starość” (*vieillesse*), jak np. w wierszu Eustache’go Deschamps: „Z zimna włosy mi już pobielały”²⁵.

Ważnym elementem literackiej wizji starości biologicznej jest motyw degradacji ciała pozbawionego „substancji”²⁶. Przede wszystkim, zgodnie ze średniowieczną tendencją, która nadejście starości określa jako moment utraty sił niezależnie od rzeczywistego wieku człowieka²⁷, poeci również utożsamiają starość z gwałtownym osłabieniem. „Siła i moc utracone”, „starzec [...] / pochyła się w słabości”, pisze Eustachy Deschamps²⁸. Jan Molinet skarży się: „W nieszczęsnej starości jestem / ... słaby [...]”²⁹, a Karol Orleański podkreśla kurczenie się ciała: „Więdnę i chyłę się ku starości”³⁰.

Oslabienie sił prowadzi prosto do powolnego całkowitego wyczerpania, jakby zamierania, przedśmiertelnego unicestwienia ciała. Powraca idea suchości (przymiotnik *sec*). Dużo uwagi poświęca temu aspektowi Eustachy Deschamps: „Z dnia na dzień jego ciało zanika / Od pracy, od starości pospołu”, „Całe ciało me [...] stało się / Chude i suche”³¹. Jan Meschinot ucieka się do oksymoronu: „Suchym drzewem jestem [...] / Żyjącym trupem”³², a Karol Orleański używa mocnych określeń: „Starość mnie wściekle napada, / I chce mnie do zagłady / Doprowadzić [...]”³³. Wyraźnymi oznakami degradacji są także brzydota oraz impotencja seksualna; te aspekty są jednak najczęściej traktowane przez poetów z dużą dozą autoironii.

Przykrym sygnałem jest stopniowa utrata zdolności intelektualnych. W pięknym *Eseju o starości* Ryszard Przybylski przypomina, że w literaturze od dawna funkcjonuje pojęcie „wysuszenie mózgu”, określające związane ze

²³ „Mal a es dens, ne peut mangier” (ballada 965), w: Queux de Saint-Hilaire puis G. Raynaud, *Oeuvres complètes d’Eustache Deschamps*, SATF, Paris 1878–1904 (11 vol.). Wszystkie cytaty pochodzą z tego wydania, tłum. moje.

²⁴ „J’en ay trouvé mes dens pourris” (T.P, strofa 64).

²⁵ „De froit a ja les cheveux blancs” (rondel 613).

²⁶ Albert Wielki w *Tractatus de Juventute et Senectute* opiera podział życia na okresy wedle zawartości elementów: *substantia* i *virtus*. Ostatni okres, starość, charakteryzuje się redukcją zarówno cnoty, jak i substancji. Por. D. Huë, *L’image de l’âge; traités et poèmes des Ages des hommes*, w: *Vieillesse et vieillissement au Moyen Age*, Senefance, t. 19 (1987), s. 139.

²⁷ Por. J. Bois, dz. cyt., s. 30.

²⁸ „La force et pouoir sont perdus” (ballada 1228), „... le vieil [...] / decline en foiblesse” (ballada 1376).

²⁹ „Je suis en vieillesse chagrine / ... foible” (*Le donnet baillé au roy...*).

³⁰ „Deviens fetry et tire vers vieillesse” (ballada 80).

³¹ „De jour en jour son corps anientit / Par traveiller, par viellesce ensemment” (ballada 223), „Tout mes corps est [...] devenu / Maigres et sec” (ballada 1266).

³² „L’arbre sec suis [...] / Vivant en mort” (L.P, strofa 40).

³³ „Vieillesse m’assault fellement, / Et me veult a destruisement / Mener [...]” (rondel 375).

starością biologiczne zjawisko³⁴. Konfrontacja z tym procesem jest szczególnie upokarzająca w przypadku poetów: „Utraciłem mój rozum, / Nie mam już żadnej wiedzy, / Całe moje pisanie jest zdziecinniałe” (Eustachy Deschamps³⁵), „Z każdej strony biednym się czuję [...] / Bez mienia, bez rozumu” (Michał Taillevent³⁶), „Ludzie za osła mnie mają”, „Co przez jedno ucho wejdzie, / Drugim jak weszło uchodzi” (Karol Orleański³⁷), „Starość, od lat już siedmiu czy ośmiu, / Ustom moim milczeć nakazuje” (Jan Molinet)³⁸.

W analizowanych wierszach odnajdujemy liczne odniesienia do podupadłego zdrowia. Starość zmusza do bezpośredniej konfrontacji z bólem i poeci szukają określeń przynależnych do leksykalnego lub semantycznego pola bólu czy cierpienia. Jan Molinet mówi o „bolesnej starości”³⁹, u Karola Orleańskiego odnajdujemy podobną w wymowie apostrofę skierowaną ku personalizowanej Starości: „...w bólu i chorobie / Każesz nam życie pędzić”⁴⁰. Eustachy Deschamps, nie precyzując dokładnie natury cierpienia, określa się po prostu słowem „obolały”. Starość jawi mu się jako czas coraz to nowych dolegliwości, czyniących schyłek życia trudnym do udźwignięcia: „Dla licznych ciężkich cierpień, co mnie niszczą; / Starość jest mi wroga i znojna, / I nie wiem, jak trwać mi się udaje [...]”. Kolejne bóle punktuja proces starzenia: „Boleść wszędzie; i młodość odchodzi, / Starość przybywa, co o cierpieniach mi prawi [...]”⁴¹.

Pośród rozmaitych utrapień starości szczególnie dokuczliwa wydaje się „dna” (artretyzm, podagra – *goutte*): „Stary człowiek [...] /... dnę w bokach czuje”, „Kiedy indziej kuleć zaczyna / Bo bóle podagry go łapia [...]” (Eustachy Deschamps⁴²). Jan Molinet pisze o „dnach paskudnych” i skarży się, że sam doznaje „starości smętnej, / Dną męczony [...]”⁴³.

³⁴ Por. R. Przybylski, *Esej o starości*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 1998, s. 93–95.

³⁵ „J’ay perdu mon entendement, / Je n’ay plus nulle congnoissance, / Toutes mes oeuvres sont d’enfant [...]” (ballada 1463).

³⁶ „De toutes pars povre me sens [...] / Povre d’avoir, povre de sens (*Passe-Temps*, dalej PT., strofa 25), w: R. Deschaux, *Un poète bourguignon du XVe siècle, Michault Taillevent* (édition et étude), Droz, Genève 1975. Wszystkie cytaty pochodzą z tego wydania, tłum. moje.

³⁷ „Je suis pour ung asnyer tenu” (ballada 117), „Ce qui m’entre par une oreille, / Par l’autre sault, com est venu [...]” (rondel 66).

³⁸ „Viellesse, puis sept ou huit ans, / A ma bouche silence impose” (*Lettre a maistre Loÿs com-pere*).

³⁹ „dolente viellesse” (*Les regrés de pere et mere*).

⁴⁰ „...en douleur et maladie / Nous faictes user nostre vie” (ballada 122).

⁴¹ „dolens” (ballada 297), „Pour maint grief mal qui me destruit; / Vieillesse m’est perverse et dure, / Ne ne sçay comment je dure [...]” (ballada 1449), „Douleur partout; et jeunesse s’absente, / Vieillesse vient qui mes maulx me raconte [...]” (ballada 1306).

⁴² „Viex homs [...] /...a les gouttes es fans” (rondel 613), „Une heure commence a clochier / Pour gouttes qui le vont tenant [...]” (ballada 965).

⁴³ „les gouttes qui bien peu vallent” (*Le debat du vieil gendarme et du viel amoureux*), „viellesses chagrine / Gouteux [...]” (*Le donnet baillé au roy...*).

Poeci często kumulują w wierszach wielorakie przypadłości. Uzyskany efekt hiperboli podkreśla martyrologiczny charakter starości. Przykładem niech będzie ballada Eustachego Deschamps, gdzie wymienione są dolegliwości, które zdają się nie mieć końca:

W głowie migrenę mieć będę,
Lub znowuż kolkę w brzuchu,
Czy ostre dżgania w żołądku;
Już to mnie w sercu zakłuje,
A to zakaszlę nadmiernie [...]
Tak, że po łóżku się rzucam
Aż mi nakrycia nie stanie;
A to konwulsja mnie złapie,
Lub zębów trapi ból ostry,
Lub dny mnie poznać rana
Albo mi w brzuchu bulgocze⁴⁴.

Akcent położony przez poszczególnych poetów na ten lub inny aspekt czy detal świadczy o usilnym pragnieniu podkreślenia indywidualnego, osobistego podejścia do wspólnej rzeczywistości. Octovien de Saint-Gelay ucieka się do antytetycznej metaforyki: „Kaszleć, odpluwać; oto są kwiaty i róże / Starości [...]”⁴⁵. Eustachy Deschamps precyzuje konkretnie naturę bólu, który trzyma go w łóżku: „Dobrze wiem, kiedy będzie śnieżyca / A kiedy deszcz, i to na pewno: / Słomą się cały okutam”, „reumatyzm za dnia i w nocy”. Ale starca nękają też i inne bóle: „Biedy to znak mieć nerki bolące / Na plecy się skarżyc i dny napady / Bóle mieć w bokach i ręce gorące [...]”, „Co dnia nowy przypadek, / W boku łupanie czy inne choróbsko [...]”. Serce mu niedomaga („ból wielki w piersiach”), męczy go katar i inne przypadłości („flegma, kaszel i brudy”, „Kaszlący, zakatarzony, zmoczony”)⁴⁶. Jan Meschinot podkreśla słabość serca („...ból więcej niż w pełnej beczce / W sercu mym czuję [...]”⁴⁷,

⁴⁴ Une migrayne ou chief aray, / Autre foyz ou ventre estorture, / En l'estomac grieve pointure; / Aucune fois le cuer me cuit / Autre heure tousse a desmesure [...] / Tant qu'en lit me degetteray / Si qu'il n'y remaint couverture; / La crampe d'autre part array, / Ou le mai des dens me court sure, / Ou loes gouttes me font morsure / Quelque part, ou ventre me bruit; [...]” (ballada 1449).

⁴⁵ „Toussier, cracher; ce sont les fleurs et roses / De la vieillesse [...]” (*Le Séjour d'Honneur*), cyt. za: A. Planche, *Le corps en vieillesse. Regards sur la poésie du Moyen Age tardif*, w: Razo, t. 4 (1984), s. 51.

⁴⁶ „Bien scay quant il doit negier / Ou plouvoir, tout de certain: / Je me tiens miz a l'estrain” (ballada 865), „Reume jour et nuit” (ballada 1449), „Povre signe est que d'avoir mai es rains / Plaindre son doux et devenir gouteux / Mal es cotez et avoir chaudes mains [...]” (ballada 833), „Chascun jour ay un nouvel accident, / Bout en costé ou autre maladie [...]” (ballada 1450), „grant douleur en la poitrine” (ballada 1266), „fleume, de toux et d'ordure” (ballada 1469), „Tousseux, enrumez, enfonduz” (ballada 1228).

⁴⁷ „...des douleurs plus de plain une cacque / Sens en mon coeur [...]” (L.R, strofa 61).

a Franciszek Villon, w swej pozie starca, podaje naturalistyczne szczegóły: „Wiem, że już czas mi w lepsze kraje; / Charkam – materia biała, brzydka – / Plwociny niby kurze iaie [...]”⁴⁸.

W tekstach pojawiają się nawiązania do medycyny, która bądź jako jedyna jest w stanie ulżyć cierpieniom starego człowieka, bądź okazuje się bezsilna. Eustachy Deschamps informuje: „Medyk tu nie widzi nic do roboty”, „...medycyną / Żyć mi trzeba”, „Stale u mnie medyk lub zabiegi”. Starzec jest jak stare siodło, które, aby mogło jeszcze posłużyć, wymaga ciągłej konserwacji: „Tak oto i trzeba [...] / W starym człeku majstrować nazbyt często; [...] / Bo nie ma takiego leku, którego by nie pragnął: / Cięgiem trzeba grzebać przy starym siodle”⁴⁹. Jan Régnier przedstawia sytuację w podobny sposób: „...wiek tak mnie już posuwa, [...] / Medycyna do mnie się miesza [...]”⁵⁰, natomiast z nieco większym pesymizmem postrzega widoki starca Piotr Chastellain: „A do naprawienia nic w nim nie ma”⁵¹.

Starość w wymiarze fizycznym objawia się więc osłabieniem, upadkiem zdrowia. Motyw bólu jest wszechobecny w analizowanych wierszach. Pewne cierpienia, najwyraźniej charakterystyczne dla podeszłego wieku, powracają u wielu poetów, inne zaś, przywołane przez tego lub owego autora, pozwalają wyraźniej odróżnić jego własny głos.

2. Konieczność zmagania się z fizycznymi cierpieniami z pewnością przyczynia się do osłabienia psychicznej odporności człowieka. Wpływ starości na psychikę jest złożony i w analizowanych wierszach wyraża się wielopoziomym pesymizmem. Psychika człowieka bowiem odzwierciedla w dużej mierze atmosferę epoki, a - jak przypomina Simone de Beauvoir - „we Francji XV wieku potęguje się pesymizm wieków minionych”⁵².

⁴⁸ „Je congnois approcher ma seuf; / Je crache, blanc comme coton, / Jacopins gros comme ung esteuf [...]” (*Testament*, dalej T., strofa 72, w: P. Michel (éd.), *Villon, poésies complètes*, Livre de Poche, Paris, 1972. Wszystkie cytaty pochodzą z tego wyd. Tłum. T. Boy-Żeleński, w: *Pieśń o Rolandzie, Dzieje Tristana i Izoldy, François Villon, Wielki Testament*, Wydawnictwo „Kama”, Warszawa b.r.w. Cytaty polskie z tego wyd.

⁴⁹ „Le medecin n’y voit gouvernement” (ballada 223), „...par medecine / Vivre me fault [...]” (ballada 1266), „Toudis ay medecin ou cure” (ballada 1449), „Ainsy faut il [...] / En viel homme ouvrir trop souvent; [...] / Lors n’est remede qu’il ne quiere: / Toudis fault ouvrir en viez selle” (ballada 965).

⁵⁰ „... l’aagë en ce point si me mect, [...] / Medecine de mon fait s’entremet [...]” (ballada 12), w: E. Droz (éd.), *Les Fortunes et adversitez de Jean Regner*, Librairie Ancienne Edouard Champion, Paris 1923. Wszystkie cytaty pochodzą z tego wyd., tłum. moje.

⁵¹ „Et en luy n’a reparation” (T.R., strofa 75).

⁵² S. de Beauvoir, *La vieillesse*, Gallimard, Paris 1970, s. 157 (tłum. moje). Por. także J. Huizinga, *Jesień Średniowiecza (Herfsttij der Middleleeuwen)*, PIW, Warszawa 1996, s. 54; D. Poirion, *Le poete et le prince. L’evolution du lyrisme courtois de Guillaume de Machaut à Charles d’Orléans*, PLTF, Paris 1965, rozdz. *Le clair-obscur intérieur: mélancolie et nonchaloir*, s. 543–578.

W tekstach literackich schyłku średniowiecza zaczyna pojawiać się często rzeczownik „melancholia” (*mélancolie*), pierwotnie odnoszący się do patologii; wprowadza się go w celu ubarwienia opisów stanu ducha. W związku z tą nową funkcją dochodzi do modyfikacji semantycznej pojęcia. Medyczne znaczenie zanika, a melancholią w poezji określa się mniej lub bardziej przejściowy, specyficzny nastrój. Choć pojęcia melancholii i smutku (*tristesse*) można i zwykło się traktować synonimicznie, zestawienie ich w poezji XV wieku spowodowało pewną modyfikację tego ostatniego. To właśnie „smutek” ma często bardziej natężony mroczny koloryt, który może być kojarzony z nastrojem pesymistycznym bliskim choroby⁵³.

Poeci, którzy bądź istotnie są, bądź mienia się starcami, werbalizują subtelne niuansy uczucia melancholii przechodzącej w cięższy jeszcze stan obездwładniającego smutku, potem rozpacz, a czasem myśli samobójczych. Sfera duchowych cierpień obejmuje także bezsilność wobec niekorzystnych starczych przemian charakterologicznych.

Znękany stary człowiek niedobrze znosi radość innych: „z trudem może patrzeć / Na tych, co śmieją się czy bawią [...]” (Eustachy Deschamps⁵⁴). Jego serce, pełne jeszcze fantazji, nie chce poddawać się atakom melancholii: „...biedne szalone serce / Które nie chce przez melancholie / Co tak często go napadają / Być na nowo obłożone” (Piotr Chastellain⁵⁵). Wszelako nastrój przygnębienia jest dominujący: „Stary człowiek już jeno w melancholii tkwi [...]”, „Wnet wpada starzec w wielką melancholię” (Eustachy Deschamps⁵⁶). Użycie prawie militarnych metafor podkreśla gwałtowność procesu: „Starość, co serca napada / W człowieku wszelką radość zabije” (Michał Taillevent⁵⁷), „Potem starość z kolei bieży, [...] / I smutek / Przypomina o życiu zużytych [...]” (Eustachy Deschamps⁵⁸). Stary człowiek wie zresztą, czego może się spodziewać: „...trzeba mi będzie przyjąć / Zmartwienie, Troskę, Przykrość i Rozpacz; / Na Boga! [...]” (Karol Orleański⁵⁹), „Czuję me serce nieszczęsne i współczucia godne” (Jan Molinet)⁶⁰. Franciszek Villon ujmuje rzecz lapidarnie: „Smutny, zmurszały duchem, ciałem”⁶¹.

W opisach duchowych cierpień wymowny jest motyw płaczu. Powraca on u Jana Meschinot: „W oku moim łza”, „Skargami, łzami radość oblegana”,

⁵³ Por. R. Klibansky, E. Panofsky, *Saturne et la mélancolie*, Gallimard, Paris 1989, s. 352–375.

⁵⁴ „envix puet voir / Rire ou jouer [...]” (pieśń królewska 333).

⁵⁵ „pouvre cuer plain de folie / Qui ne veult de melancolies / Dont il est mainteffoiz sailly / Estre de rechief assailly” (*Temps recouvré*, dalej T.R., strofa 37).

⁵⁶ „Vieux homs ne fait que merencolier [...]”, „Lors chiet vieux homs en grant merancolie” (ballada 88).

⁵⁷ „Vieillesse qui es cuers s’embat / En homme toute joye abat” (P.T., strofa 25).

⁵⁸ „Plus vient vielillesse a son tour [...] / Et tristour / Recorde la vie usée [...]” (ballada 1118).

⁵⁹ „...me faudra recevoir / Ennuy, Soussy, Desplaisir et Destresse; / Par Dieu ! [...]” (ballada 108).

⁶⁰ „Je sens mon coeur piteux et lamentable” (*Lettre de recommanchon*).

⁶¹ „Triste, failly” (T., strofa 23).

„Oczy me biedne łzami splukiwałem”⁶². U Jana Molinet odnajdujemy podobne sformułowania: „Bóg wie, w jaki lament popadłem, / Serce skapane, lzy wyczerpujące [...] / Radość ma słaba [...]”⁶³, zaś Karol Orleański pisze o „pieśniach płaczu”⁶⁴.

I właśnie temu ostatniemu poecie należy się w tym miejscu szczególna uwaga, gdyż to on jest sztandarowym piewą melancholii. Odmalowywanie starannie dobraną metaforą czy alegorią subtelności stanów ducha w starości jest jednym z najważniejszych motywów w całym jego dziele poetyckim. Personifikując niuanse przygnębienia, wprowadza on na scenę teatru swego życia wewnętrznego Smutek, Troskę, Rozpacz, a zwłaszcza Melancholię. Ta ostatnia, zgodnie z literacką tradycją także późniejszych epok, z reguły przybiera postać starej, czy chociażby suchej i odrażającej, a zawsze niepożądaney kobiety. U księcia symbolizuje ją także personifikowany kwiat orlika (*ancolie*)⁶⁵: „Idź, idźże precz, stara mamko / Co gniewem żywisz i Złym Życiem, / Zidiociała matko Ankolio, / Przynosisz jeno ból i dokuczenie”⁶⁶. Melancholia przybywa nieproszona i bez zapowiedzi; starzec jest bezbronny wobec jej ataków: „Już cię czuję i wiem, że się zbliżasz, / Nużać Melancholio; / Ileż to razy, gdy nie chcę tego wcale / Odrzwia serca mego muszę ci otwierać. / A nie posyłam wszak po ciebie, / Bo kompanii twej nienawidzę [...]”⁶⁷. Młodzi by sobie pewnie poradzili, ale psychiczne siły starców są niewystarczające, aby ochronić ich przed nachalnym nieprzyjacielem, stąd poeta w apostrofie staje się rzecznikiem wszystkich starych ludzi: „Młodzi mogą smutek ścierpieć, / Bardziej niż starcy; dlatego cię proszę / Byś już na nas się nie szykowała: / Nas już nie chciej więcej atakować”⁶⁸. Żle się czując w szponach dusznego nastroju, poeta zмага się z bezsilnością: „Serce me wyzywa cię, Starości, [...] / Tyś nas, mocą swej tyranii, / Pchnęła w Melancholii ręce / Bez podania nam powodu”⁶⁹. Jeden z najsłynniejszych wierszy Karola Orleańskiego mówi

⁶² „Ay je a l’oeil la lerne” (L.P, strofa 33), „En plains et pleurs ma liesse atachee” (L.P, strofa 40), „Mes povres yeulx de larmes je lavoye” (L.P, strofa 50).

⁶³ „Me suis trouvé en plaintes Dieu scet quelles, / Le coeur noyé, mes lermes espuissants [...] / Ma joie est foible [...]” (*Le debat de l’aigle, du harenç et du lyon*).

⁶⁴ „chançons de pleurs” (rondel 422). Tłum. J. Kowalski, w: Karol Orleański, *Ronda i ballady*, Oficyna Wydawnicza Yolumen, Warszawa 2000. Wszystkie tłum. J. Kowalskiego z tego wydania.

⁶⁵ Por. R. Klibansky, E. Panofsky, dz. cyt., s. 357, 362–364, A. Planche, *Le temps des ancolies*, Romania, t. 95 (1974), s. 240 i n.

⁶⁶ „Allez, allez, vielle nourice / De courroux et de Maile Vie, / Rassoutée merę Ancolye, / Vous n’avez que deul et malice [...]” (rondel 195).

⁶⁷ „Je vous sans et congnois venir, / Anneyuze Merencolie; / Maintez foiz, quant je ne vueil mye / L’uys de mon cuer vous fault ouvrir. / Point ne vous envoye querir, / Assez hay vostre compaignie [...]” (rond. 424).

⁶⁸ „Jennes peuvent paine souffrir, / Plus que viellars; pour ce, vous prie / Que n’avez plus sur nous envie: / Ne nous vueilliez plus assaillir” (rondel 424).

⁶⁹ „Mon cuer vous adjourne, Viellesse, [...] / Vous nous avez, par tirenyye, / Mis es mains de Merencolie / Sanz savoir la cause pourquoy.” (ballada 122).

o nadziei, z którą, wbrew wszystkiemu, stary poeta nie chce się rozstać, nawet jeśli często doznaje rozczarowania: „W głębokiej mojej melankolii studni / Wodę Nadziei uparcie dobywam, / Pokoju żadny, wszak często odkrywam, / Wody w niej nie masz, tylko echo dudni”⁷⁰.

W piętnastowiecznych wierszach o starości wyraźnie widać, jak melancholia czy, bardziej intensywny, smutek przekształcają się w nieznośne uczucie bólu, z którym dusza nie umie sobie poradzić, który prowadzi do utraty nadziei, do pogrążenia się w rozpacz. „Na starość silnie się uzalam”, „Stałem się stary i złamany”, pisze Piotr Chastellain⁷¹. Michał Taillevent podkreśla, że za młodu trudno sobie wyobrazić, na czym polega uprzykrzona natura starości: „...nie zaznawalem wcale / Starości brodu głębokiego / Gdzie zale wieńczą bóle”⁷², a Jan Meschinot stara się jak najbardziej precyzyjnie odmalować obraz depresji:

Oczy me biedne łzami splukiwałem,
W tak wielkim bólu, że nie ma takiego,
Co to ujrzawszy, wielce by mnie nie żałował [...]
Gdyż wszystkie troski świata były moje,
A ja sam prawie zniszczon i ciałem i duchem⁷³.

Karol Orleański jest autorem przejmującej apostrofy skierowanej bezpośrednio do starości: „Jakże trudzisz mię, Starości! / Jakże ranisz niebezpiecznie! / Czyliż pragniesz, abym wiecznie / Trwał w boleści i słabości?”⁷⁴. Nawiązując do toposu snu i tańca młodości z trzynastowiecznej *Powieści o Róży* Wilhelma de Lorris, poeta kreśli przejmujący obraz domu Bólu, zwiedzanego we śnie. Słowo „trans” (*trance*), które pojawia się w oryginale, sugeruje mimowolne i ostateczne pogrążenie się obserwatora w – wiecznym? – śnie:

W domu Boleści i Cierpienia,
Gdzie szedł ów taniec oszalały,
Żal, Ból i Starość tańczyły
Na moich oczach, bez wytchnienia.

⁷⁰ „Ou puis parfont de ma merencolie / L’eau d’Espoir que ne cesse tirer, / Soit de Confort la me fait desirer, / Quoy que souvent je la treuve tarie” (rondel 325). Tłum. J. Lisowski w: J. Lisowski, *Antologia poezji francuskiej*, t. 1, Czytelnik, Warszawa 2001, s. 217.

⁷¹ „Mais de viellesse fort me deuil [...]” (TP, strofa 24), „Et me trouvé viel et casse” (TR, strofa 15).

⁷² „...point je ne tastoye / De Viellesse le gué parfont: / Les regrés les dolleurs parfont” (PT, strofa 18).

⁷³ „Mes povres yeulx de larmes je lavoye, / En tel douleur, qu’il n’est nul qui ne voye / Qui grant pitié il n’ayt [...] / Car tout l’ennuy du monde je l’avoye, / Presque destruyt voire de corps et d’ame” (L.P., strofa 50).

⁷⁴ „A! que vous m’anuyés, Vieillesse, / Que me grevez plus que oncques mes! / Me voulés vous a toujours mes / Tenir en courroux et rudesse ?” (rondel 415, tłum. J. Kowalski).

Rytm wybijało od niechcenia
 Nieszczęście, dobosz nieudały [...]
 W końcu, fałszywe ciągnąc pienia,
 Straszna pieśń płaczu zaśpiewały,
 Aż z ulgą, niemal otępiały
 Zasnąłem z bólu i znużenia
 W domu Boleści i Cierpienia⁷⁵.

Moment ostatecznej utraty nadziei na poprawienie losu jest szczególnie trudny. Piotr Chastellain mówi o tym w sposób dworny: „Nadzieja dobra pani / Co ongi piękną gospodynią mi była / Nie troszczy się już o mnie, ni o duszę moją: / Serce jej pełne wyniosłości”⁷⁶. Jan Meschinot maluje obraz całkowitego załamania:

Nigdy człek tak ogłuszony nie był:

Serce mi zamiera i cnota moja uchodzi.
 O! Nadziei Braku, niech zła Śmierć cię pochłonie! [...]
 Wówczas na ziemię twarzą się rzuciłem
 I tako rzekłem: «już co czynić, nie wiem;
 Odwagi mi brakuje, już się nie opieram»⁷⁷.

Karol Orleański opisuje stan, gdy przeciwstawne odczucia usiłują nad nim zapanować: „Nadzieja i Rozpacz tchu mnie pozbawiają [...] / Skąd mi się to bierze, że śmieję się i żalę?” Przywoływana już „woda Nadziei” (*l'eau d'Espoir*), której usiłuje zaczerpnąć ze „studni swej melancholii” (*puitz de merencolie*), nie jest jednorodna: „To znów się wzruszy, zmaci i zabrudni, / Gdy właśnie czystą i przejrzystą była [...]”. Życie starca upływa na bezskutecznym poszukiwaniu nadziei: „Rozwesel nieco myśli moje, / Wierna Nadziejo, i przyjdź mi z pomocą; / Uciekasz wiecznie, ja za tobą gonię, / Starczy już trudu, który w to włożyłem”⁷⁸.

⁷⁵ „Dedens la maison de Doleur, / Ou estoit tres piteuse dance, / Soussy, Viellesce er Desplaisance / Je vis dancier comme par cuer. / Le tabourin nommé Maleur / Ne jouait point par ordonnance [...] / Puis chantoient chançons de pleur, / Sans musicque ne accordance; / D'ennuys, comme ravy en trance, / M'adormy lors pour le meilleur / Dedens la maison de Doleur” (rondel 422, tłum. J. Kowalski).

⁷⁶ „Esperance la bonne damę / Qui jadis fut ma belle hostesse / Ne cure plus de moy ne d'ame: / Elle a mis son cuer en haultesse” (TR, strofa 117).

⁷⁷ „Oncques homme ne fut tant estourdis: / Le cuer m'en fault et ma vertu s'efface. / Ha ! Desespoir, maile Mort te defface ! [...] / Lors me gettay contre terre la face / Et dis ainsi: «or ne sçay que je face; / Desconfit suis, et plus n'y contreditz»”(L.R, strofa 30).

⁷⁸ „Espoir et Dueil me mettent hors d'alaine [...] / Dont vient cela que je riz et me deulz ?” (ballada 120), „Necte la voy ung temps et esclercie, / Et puis après troubler et empirer [...]” (rondel 325, tłum. J. Lisowski, dz. cyt., s. 217), „Resjouissez plus ung peu ma pensee, / Leal Espoir, et me

Utrata nadziei powoduje myśli o samobójstwie. W średniowieczu był to akt niedopuszczalny. Wzmiankę taką odnajdujemy u Jana Meschinot: „Jadę na pola na mej małej klaczce: / A tam już przyjdzie mi wyciągnąć sztylet, / By życiu memu kres położyć, / Gdyż przyczyna, co ku temu mnie skłania / Zbyt jest okrutną [...]”⁷⁹. Franciszek Villon, przepełniony empatią, wyobraża sobie psychiczne udręki starca, który nie radzi sobie z rozpaczą: „W męczeństwie żywie jego dusza; / Ha, gdyby nie przed Stwórcą trwoga, / Straszna by wzięła go ochota, / A czasem, wręcz zadrwiwszy z Boga, / Nędznego zbawić się żywota”⁸⁰.

Przyczyny starczej melancholii mogą być rozmaite. Jedną z nich jest obserwacja zachodzących przemian charakterologicznych. Dotknięty nimi człowiek wydaje się nie mieć ani siły, ani możliwości zapanować nad swymi reakcjami, a przecież pozostaje ich świadom. Eustachy Deschamps podkreśla łatwość popadania w rozdrażnienie: „Umysł jego wciąż wielki, lecz szparko w gniew wpada”, „Usycha w wielkim bólu, / Rozdrażniony swą starością [...] / O byle co się gniewa [...]”⁸¹. Głównym powodem popadania w nagły gniew czy melancholię jest świadomość nieodwracalnego upływu czasu. Dlatego starość nie umie być miłą w stosunku do innych, zwłaszcza młodych, bowiem zbyt duży wydaje się kontrast między tymi dwoma okresami życia: „Z trudem patrzę na śmiechy i zbytki, / A gderanie przyjemność mi sprawia, / Bo miniony czas boleśnie wspominam: / Zawsze starzec chce zganić młodego [...]”, pisze Eustachy Deschamps⁸², a Karol Orleański nazywa starość „matką gniewów”⁸³.

Starcy odczuwają dojmujący żal za młodością, która w ich przekonaniu odeszła zupełnie znienacka, zastąpiona bezpośrednio przez starość. Pojawia się topos utraconej, ale i zmarnowanej, młodości, pięknego czasu, którego nie da się nadrobić czy naprawić. Uroda minionej epoki nabiera w nostalgicznych wspomnieniach wyrazistego kolorytu. Stereotypowo młodość utożsamiana jest w analizowanych wierszach z radością, słodyczą, pięknem, beztróską. Te wszystkie przymioty ulatniają się wraz z jej odejściem, a starość ma do zaoferowania tylko smutek i gorycz. „Słodka poro chyżo zakończona”, „Sta-

donnez secours; / Tousjours fuyez et après vous je cours, / Ou j'ay assez de peine despensee” (rondel 320).

⁷⁹ „Je vois aux champs sur ma petite hacque: / La conviendra que la dague je sacque, / A celle fin que ma vie je defroque, / Car la cause qui a ce me provoque / Trop cruel est [...]” (L.R, strofa 41).

⁸⁰ „Tristesse son cuer si estraint; / Se, souvent, n'estoit Dieu qu'il craint, / Il feroit ung horrible fait; / Et advient qu'en ce Dieu enfrain / Et que luy mesmes se desfait” (T., strofa 44).

⁸¹ „Son sens est grans, mais il tost se courresse” (pieśń królewska 333), „... languist en grant desdain, / Impaciens de sa vieillesce [...] / Il se courresse de legier [...]” (*Miroir du mariage*, v. 6400-03).

⁸² „Je voy envix rire et jouer, / J'ay grant plaisir a grumeler, / Car le temps passé me remort : / Tousjours vueil jeunesse blamer [...]” (ballada 1266).

⁸³ „la mère de courrous” (*Songe en complainte*).

rość jest kresem, a w łasce jest młodość”, „Za moim młodym czasem utraconym lamentuję i krzyczę / Alem w tym punkcie pozostać nie mógł” - oto słowa Eustachego Deschamps⁸⁴. Karol Orleański daje wyraz nostalgii: „...byłem / Tak kontent wśród uciech i radości, / W ramionach mej Damy Młodości”⁸⁵. Piotr Chastel-lain jest autorem poematu *Czas utracony (Le Temps perdu)*, którego nic przewodzi tytułowa idea upływu czasu i straty; on również dołącza swój głos do litanii żalów: „...często gniew mnie łapie / Za czasem utraconym, nad którym płaczę [...]”⁸⁶.

Młodość jest więc utraconym rajem, przybytkiem szczęścia, rozkoszy. Starcy czują się brutalnie wygnani z owej błogiej krainy. W późnej poezji Karola Orleańskiego -według podziału zaproponowanego przez Jacqueline Cerquiglino-Toulet, jego „księżde starości”⁸⁷ - słowa „wygnany” (*banni*) i „radość” (*liesse*) wydają się kluczowe. Książę oskarża Starość: „Wypędziłaś mię z młodości / I mam ci się poddać grzecznie? / Słuszna to? Lecz nie, bezsprzecznie; / Tyś władczynią przypadłości ; / Jakżeż trudzisz mię, Starości!”. Widzimy ów dotkliwy kontrast: „Niegdyś Młodość nam panowała / I tak czule nas żywiła, / Rozkoszami, błogością i uciechą, / I radosnymi igraszkami; [...]”⁸⁸. Michał Taillevent przywołuje wzruszająco proste przejawy minionego szczęścia: „Anim nie był martwy, ni chory / Ani Fortuna mnie nie gnębiła; / Pisałem sobie dity⁸⁹ i ballady / Aż czas słodkie me lata zagarnął [...]”. Ten poeta zwraca uwagę na relatywność odczucia czasu będącą funkcją wieku - młodość, żyjąca beztrudnie, skoncentrowana na przyjemnościach, zwykła nie zauważać procesu przemijania. Tak oto i młody poeta spędzał dni na komponowaniu radosnych, „kwietnych” *virelais*; za to na starość przyszło mu tworzyć raczej „płaczliwe ballady”⁹⁰.

Ale starcy oplakują utraconą młodość również z innego powodu. Wspomnienia, które, choć szarpiące za serce, pomagają jednak powrócić na chwilę do minionych chwil, z drugiej strony wywołują wyrzuty sumienia. Czas mło-

⁸⁴ „Douce saison tost passee” (pieśń w formie ballady 1118), „Viellesce est fin et jonesce est en grace” (ballada 280), „Mon jeune temps perdu lamente et crie; / Mais je n'ai peu demourer en ce point” (ballada 1450).

⁸⁵ „...j'estoye / Ravy en plaisirs et liesse, / Es mains de ma Dame Jenesse” (ballada 95).

⁸⁶ „...souvent me soupe Ire / De temps perdu, dont fort me deulx [...]” (T.P., strofa 7).

⁸⁷ Por. J. Cerquiglino-Toulet, *Couleur de la mélancolie. La fréquentation des livres au XIVe siècle. 1300-1415*, Hatier, Paris 1993, s. 93.

⁸⁸ „Vous m'avez banny de jeunesse; / Rendre me convient desormais. / Et faites vous bien? Nennil, mais / De tous maulx on vous tient maistresse. / A! que vous m'annuyés, Viellesce! (rondel 415, tłum. J. Kowalski), „ Par avant nous tenait Jenesse / Et nourrissoit si tendrement, / En plaisirs, confort et liesse, / Et tout joyeux esbatement” (ballada 122).

⁸⁹ *Dit* - nieprzetłumaczalna na język polski nazwa średniowiecznego gatunku poetyckiego uprawiana od XII w.

⁹⁰ „Je n'estoye mort ne mallade / Ne Fortune ne me troublait; / Je faisoye diz et ballades / Et le temps mes doulx ans emblait [...]” (P.T., strofa 7), „virelais de fours”, „ballades de plours” (P.T., strofa 13). *Virelai* - starofrancuska liryczna pieśń taneczna.

dości został bowiem mniej lub bardziej zmarnowany i motyw ten powraca pod piórem wszystkich piszących o starości poetów. Świadomość niewykorzystania danych przez los możliwości lub dokonania niewłaściwych wyborów - oczywisty efekt braku doświadczenia czy typowej dla młodości bez troski - teraz męczy boleśnie bezsilnych starców konsumujących owoce nieprzemysłanych poczynań: „Płacę nad wielkimi wybrykami / Com ich dokonał dawno, dawno temu; [...]”, pisze Eustachy Deschamps⁹¹. Starzec u Michała Taillevent „Nad biednym czasem minionym użala się i płacze, / Oplakuje tygodnie i lata oplakuje / Które zmarnował [...]”⁹². Podobne słowa odnajdujemy u Jana Moline: „Słusznie myśli mam pełne boleści / Skorom tak strwonił mój czas piękny, / Bez kwiatu, bez owocu, nijak nie zważając / Ni na czas przyszły, ni na czas ówczesny, [...]”. W pamięci odzywają niegdysiejsze grzechy: „...zbyt niom pił i nadto jadał / I zbyt niom w kości i tryktraka grywał”, „Zbyt niom ciało pieścił, a duszę zbyt mało [...] / Zbyt niom światowy zbytek i niewiastę kochał”⁹³. Najbardziej znana skarga, także w Polsce, dzięki pełnemu swady tłumaczeniu Boya, wyszła spod pióra Franciszka Villona:

Żałuję czasu mey młodości –
 – Barziewi niż inny iam weń szalał! –
 Aż do mych lat podeszłych mdłości
 Iam pożegnanie z nią oddalał;
 Odeszła; ba, ni to piechota,
 Ni konno; pomkła iako zaiąc;
 Tak nagle uleciała oto,
 Nic w darze mi nie ostawiając⁹⁴.

Wynikiem źle podjętych decyzji często bywa nędza, w jakiej trzeba wegetować na stare lata. Hipotetyczny charakter żalów wyraża się w poezji poprzez użycie konstrukcji warunkowych (*se...*). Poeci dokonują trawestacji treści starego przysłowia „Gdyby młodość wiedziała, gdyby starość mogła...”: zawsze jest się mądrym po szkodzie, nigdy wcześniej. Wyraźnie uwidacznia tę prawdę Michał Taillevent: „Niestety! Gdybym wówczas posiadał wiedzę /

⁹¹ „Pour les grans excès me plain / Que j’ay fait ça en arrière; [...]” (ballada 865).

⁹² „Povre temps passé pleure et plaint” / Pleure sepmaines et pleure ans / Qu’ Il a gastó [...]” (P.T., strofa 37).

⁹³ „Bień dois avoir ma pensee dolente / D’avoir ainsy mon beau temps despendu, / Sans feu, sans fruit, ne sans avoir attente / Au temps futur, n’a la saison presente, [...]”, „...j’ay trop bu et gourmandé / Et trop joué du dé et de la table” (*Lettre de recommanchon*), „J’ay trop chery mon corps, trop peu mon ame [...] / J’ay trop aimé le los mondain et fame [...]” (*Devote loenge a glorieuse Vierge Marie*).

⁹⁴ „Je plains le temps de ma jeunesse / (Ouquel j’ay plus qu’autre gallé / Jusques a l’entree de vieillesse) / Qui son partement m’a celé. / Il ne s’en est a pié allé / N’a cheval : hélas ! comment don? / Soudainement s’en est vollé / Et ne m’a laissé quelque don” (T., strofa 22).

O tym, co mnie później spotkać miało / I co teraz wiem już, choć niegdyś niczego takiego nie doświadczył, / Nie byłbym teraz taki usidlony / Ani radości pozbawiony: / Żle żyje, kto się nie zabezpieczył zawczasu⁹⁵. Również Jan Molinet żałuje decyzji źle podjętych – gdybyż był umiał przewidzieć bieg zdarzeń!: „Gdybym wiedział był za młodości mojej, / To, co teraz widzę i rozumiem, [...]”. Lecz cóż: „Za późno jest się po zmarznięciu przykrywać”⁹⁶. W *Testamencie* Villona rozbrzmiewają żale na temat czasu studiów zmarnowanego na płochę rozrywki; lepsze wykształcenie mogłoby zapewnić lepsze bytowanie:

Wiem to, iż gdybych był studiował
W płochy młodości lata prędkie
Y w obyczaiu zacnym chował,
Dom miałbych y posłanie miętkie!
Ale cóż, gnałem precz od szkoły,
Na lichey pędząc czas zabawie...
Kiedy to piszę dziś, na poły
Omiał że serca wnet nie skrwawię...⁹⁷

A starość może być okrutna. Poeci zależą od łaski możliwych protektorów. Schyłek średniowiecza jest okresem, w którym obserwujemy zjawisko mecenatu literackiego. Poeci grupują się na dworach książęcych, które stają się wiodącymi centrami kultury. Wiążą się czasem z jednym, czasem z wieloma książętami, wiernie towarzysząc im w czasie podróży. Na ich zlecenie piszą okolicznościowe wiersze, sławiąc ich lub zabawiając, opiewając lub oplakując aktualne wydarzenia, wynagradzani przez nich przez długie lata⁹⁸, ale, na starość, porzucani niestety często na pastwę losu. Odnajdujemy ślady tej okrutnej rzeczywistości w omawianej poezji.

Jeśli poeta w młodości beztrójce nie zatroszczył się o odłożenie jakichś środków, a mecenas nie chce zadbać o wygodną starość niepotrzebnego już autora, sytuacja tego ostatniego staje się nie do pozazdroszczenia. Ten problem zdaje się szczególnie dotyczyć Eustachego Deschamps, który w licznych

⁹⁵ „Helas, se j’eusse eu congnoissance / De ce que j’ay depuis trouvé / Ou que maintenant congnoy sans ce / Que je l’eusse adonc esprouvé, / Ja n’eusse esté prins ne prouvé / Ainsy de joye desgarny: / Mai vit qui n’est adez garny” (P.T., strofa 19).

⁹⁶ „Se j’eusse sceu en ma jonesse, / Ce qu’a present voy et congnoy”, „Cest tard, qui après froit se coeuvre” (*Supplication pour Jehan Voisin*).

⁹⁷ „Hé! Dieu, se j’eusse estudié / Ou temps de ma jeunesse folle / Et a bonnes meurs dedié, / J’eusse maison et couche molle. / Mais quoi? Je fuyoie l’escolle, / Comme fait le mauvais enfant. / En escripvant ceste parole, / A peu que le cuer ne me fent” (T., strofa 26).

⁹⁸ Por. D. Boutet, A. Strubel, *La littérature française du Moyen Age*, PUF, Paris 1997, s. 223–228, D. Porion, *Le poète et le prince. L’évolution du lyrisme courtois de Guillaume de Machault à Charles d’Orléans*, PUF, Paris 1965, s. 19–57.

wierszach o charakterze autobiograficznym daremnie dopomina się zapłaty za lata pracy w służbie pana: „Czas umyka, starość nadciąga chyżo, / Bez zapłaty [...]”, „Starym jest: a trud mojej służby / Nie został opłacony, / Biedny się czuję i w długach; [...]”, „Wielem służył, a żadnej nie mam zapłaty / Krom pracy, trudu i przeciwności, [...] / Starość nadciąga [...]”⁹⁹. A oto konkluzja poety: „Mądry ten, co w swoim czasie zadba / Aby bieda dopaść go nie mogła”¹⁰⁰. Jan Molinet, w równie trudnej finansowo sytuacji, rozsyłając do możnych wierszowane prośby o wsparcie, podpisuje się używając wymownego symbolu pustego kałamarza: „...wasz biedny Molinet, / Co w kałamarzu nic nie ma atramentu”, „...mały Molinet / Co tyle ma na starość, / Że nie ma już atramentu w kałamarzu”¹⁰¹. Podobnie sytuację starego, zubożałego poety opisuje Michał Taillevent. Znoszenie jednocześnie starości i biedy wydaje się ponad siły: „... biedny i stary, ależ to cierpienie, / Gorszego nieszczęścia nie masz: [...]”, „Nie masz w świecie gorszej gróźby / Jak ze starością biedy doznawać [...]”¹⁰². W perspektywie owych lamentów o podłożu finansowym najlepszej konkluzji dokonał w swoim artykule Daniel Poirion: „Czas stracony to pieniądz stracony!”¹⁰³.

Nie można pominąć ważnej przyczyny duchowych cierpień starych ludzi, jaką jest lęk przed śmiercią – cielesną i wieczną. Poezja XV wieku przeniknięta jest ideą śmierci, która jest wszechobecna w tym schyłku epoki, fizycznie – jako codzienna towarzysząca, i mentalnie – w zatrwożonych nieustannym obcowaniem z nią umysłach¹⁰⁴. Jan Meschinot opisuje obezwładniający lęk, jaki odczuwa na myśl o śmierci: „...już czuję ją tuż pode drzwiami, / I w myśli mojej się mości. / Zdumiewam się, jak na nogach stać mogę, / I że zniecka

⁹⁹ „Le temps s'en va, viellesce sus y court, / Sanz guerredon: [...]” (ballada 256), „Vieux suis : paine guerredonnée / De mon service n'a esté, / Je me sens povres et en debte; [...]” (ballada 1447), „J'ay moult servi, mais nul gueredon n'ay / Fors que labour, paine et adversité, [...] / Viellesce vient [...]” (ballada 246).

¹⁰⁰ „Saiges est donc qui en son temps pratique / Que povreté ne le puisse sousprandre” (ballada 225).

¹⁰¹ „...vostre povre Molinet, / Qui n'a plus d'ancre en son cornet” (*Lettre a Jehan de Ranchicourt*), „...le petit Molinet / Qui de viellesce a tel surcroix / Que plus n'a d'ancre en son cornet” (*Lectres de Molinet a maistre Florimond Robertet*).

¹⁰² „...povre et viel, c'est pour dolloir, / Il n'est point de telle misere: [...]” (P.T., strofa 32), „Dueil n'est qu'estre en dollans sejour, / Et il n'est au monde tel dangier / Qu'estre povre et viel en ses jours [...]” (P.T., strofa 33).

¹⁰³ Por. D. Poirion, *Le temps perdu et retrouvé ... au XVe siècle*, Revue des Sciences Humaines, t. 4 (1984), s. 74.

¹⁰⁴ Topika *memento mori* pojawia się często w twórczości analizowanych poetów. Por. np. E. Deschamps, ballady : 79, 198, 235, pieśń królewska 321, P. Chastellain, T.R., strofa 165, J. Molinet, *Le donnet baillié au roy Loys Douzieme*, Ch. d'Orléans, ballada 69, 92, J. Meschinot, L.P, strofa 9, 11, 22. Na temat relacji starość - śmierć obszerniej por. A. Gęsicka, *Starość i śmierć w XV-wiecznej poezji francuskiej*, Paedagogia Christiana, t. 1 (2006), s. 25–35.

mnie Śmierć nie dopada, / Co już od dawna na mnie się szykuje”¹⁰⁵. Śmierć oznacza nieuchronnie konieczność zdania rachunku za dawne grzechy i perspektywa ta napawa uzasadnioną obawą. Eustachy Deschamps podkreśla prędkość, z jaką jego czas minął i pojawiła się perspektywa kresu: „Sześćdziesiąt lat to jakby miesiąc / Lub często dzionek jeden, / A tu już śmierć nadchodzi zbyt nagle / Co ciało i duszę zabierze”. Perspektywa Sądu go przeraża: „Starość przybywa, co mi złe czyny moje opowiada: / I cóż więc pocnie dusza biedna i zbolała, / Skoro na końcu wszystkim nam trzeba zdać rachunek?”. Oplakuje decyzje minionego życia, ale wie, że jest już za późno na poprawę: „Nieszczęsny! O, gdybym ja bardziej biegał ku Bogu / I Jemu służył, tak jak Magdalena! [...] /...wiecznej chwały / Ma dusza by doznała. Lecz próżno jest żałować; [...]”¹⁰⁶. Powściągliwy Karol Orleański także nie umie sobie dać rady z trwogą i liczy na Boże miłosierdzie: „Trzeba, by Litość modły wzniosła za mnie / Który zgubiony się czuję ze szczętem [...]”¹⁰⁷.

W poetyckim obrazie zarówno fizycznych, jak i duchowych cierpień uderza z jednej strony wspólny ton – w wierszach różnych autorów powraca obraz podobnych dolegliwości, chorób oraz odczuć czy doznań. Z drugiej strony zauważamy inwencję poszczególnych twórców, którzy dorzucając taki czy inny szczegół, kładąc nacisk na ten czy inny aspekt cierpienia sprawiają, że każdy podmiot-starzec tej poezji zdaje się mówić własnym, silnym głosem, choć w ramach wyraźnie zarysowanego stereotypu. To literackie świadectwo z odległej epoki, ale wyrastające przeciw ze wspólnego europejskiego korzenia, zdaje się do nas przemawiać z niesłabnącą siłą wyrazu, ponieważ niesie przesłanie o uniwersalnym charakterze cierpień starości.

Uderza pewna analogia, gdy przyglądamy się życiu i świadomości pokolenia początku XXI wieku. Starość w naszym życiu jest również bardzo obecna. Populacja Europy jest przeciw w regresie, natomiast dzięki rozwojowi medycyny procent starych ludzi w społeczeństwie jest i będzie coraz większy. Wydaje się jednak, że obecnie mamy do czynienia ze swoistą negacją procesu starzenia. Starzy ludzie są podmiotem i adresatem starań medycznych i kosmetycznych mających na celu opóźnienie negatywnych, lecz przeciw naturalnych, skutków przemijania. Stają się także ważnymi uczestnikami rynku zbytu coraz liczniej do nich kierowanych artykułów, przedstawianych jako

¹⁰⁵ „...je la sens desja pres de la porte / Et vient logier dedans ma fatasie./ Je m'esmerveille comme sur piedz me porte / Et que la Mort tout a coup ne m'emporte./ Qui, long temps a, m'a prins en sa choysie.” (L.R, strofa 29).

¹⁰⁶ „Soixante ans ne sont c'un moys / Ou un jour souventesfoys, / Que la mort vient tressoudayne / Qui le corps et l'ame enmayne [...] (virelai 564), „Viellesce vient qui mes maulx me raconte : / Et que fera la povre ame dolente, / Car en la fin nous fault touz rendre compte?” (ballada 1306), „Las ! que n'ay je vers Dieu esté courans / Et lui servi, comme fst Magdelaine ! [...] / ...la gloire souveraine / Fust a m'ame. Tart est que je me repente ;[...]” (ballada 1306).

¹⁰⁷ „Pitié convient que pour moy prie / Qui me treuve tout esperdu [...]” (rondel 397).

remedium na upływ czasu. W tej komercyjno-reklamowej perspektywie z pewnością nie są wysuwane na pierwszy plan cierpienia starości, choć ich natura przecież nie uległa przez wieki - bo nie mogła - istotnym modyfikacjom.

W okresie średniowiecza podstawowym medium, nośnikiem wiedzy o człowieku, była literatura. Człowiek dzisiejszy w większym stopniu pozostaje pod wpływem telewizji, Internetu, prasy. W przeciwieństwie do poezji końca średniowiecza, która ukazywała starość być może zbyt jednostronnie pesymistycznie, ale za to bardziej wielowymiarowo i rzetelnie, medialny przekaz do społeczeństwa XXI wieku często uczy, jak udawać, że starości w ogóle nie ma. Ludzi - a może daje potrzebną nadzieję...? – że możliwe jest również uniknięcie cierpień, które od zawsze niesie ze sobą podeszły wiek¹⁰⁸.

Bibliografia

Teksty literackie

Champion R., *Charles d'Orle'ans. Poésies*, H. Champion, Paris 1982.

Deschaux R., *Un poète bourguignon du XV e siècle, Michault Taillevent* (édition et étude), Droz, Genève 1975.

Deschaux R., *Les oeuvres de Pierre Chastellain et de Vaillant, poètes du XV e siècle*, Droz, Genève 1982.

Droz E., *Les Fortunes et adversitez de Jean Regner*, Librairie Ancienne Edouard Champion, Paris 1923.

Dupire N., *Les Faictz et Dictz de Jean Molinet*, SATF, Paris 1937.

Martineau-Génieys C., *Edition des « Lunettes des princes » de Jean Meschinot*, Droz, Genève 1972 (*Publications romanes et françaises*, 121).

Michel R., *Villon, poésies complètes*, Livre de Poche, Paris 1972.

Queux de Saint-Hilaire, Raynaud G., *Oeuvres complètes d'Eustache Deschamps*, SATF, Paris 1878–1904, 11 vol.

Opracowania krytyczne

¹⁰⁸ Merytoryczna, naukowa dyskusja nt. starości, która ostatnio zatacza coraz szersze kręgi, koncentruje się oczywiście na rozmaitych aspektach problemu (psychofizycznych, społecznych, ekonomicznych, prawnych), a jej celem jest rzeczywista i wielowymiarowa pomoc starym ludziom. Por. min. *Starość w liczbach*, Biuletyn Ośrodka Informacji Środowisk Kobiety, Ośka, 1998, w: www.oska.org.pl/biu-letyn/b10/liczby.html, z dn. 26 III 2007; C. Prasek, *Barwy starości*, w: www.opoka.org.pl/biblioteka-/Z/ZR/mamywnuki/barwystarosci.html, z dn. 26 III 2007; J. Nowak, *Problem starzenia społeczeństw w kontekście przemian kulturowo-demograficznych*, w: www.knsp.uksw.edu.pl/pb_problem.html, z dn. 26 III 2007; O. Czerniawska, *Starość wczoraj, dziś i jutro*, w: www.kk.jgora.pl/kutw/witryna3/starosc.htm, z dn. 26 III 2007.

Abramowicz M., *La formule, l'imaginaire et le monde des valeurs*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1991.

Aubailly J.-C., *Villon et la psychologie des profondeurs*, w: *Villon hier et aujourd'hui*, Actes du colloque pour le 500 e anniversaire de l'impression du «Testament» de Villon, Bibliothèque Historique de la Ville de Paris, 1993.

Baszkiewicz J., *Historia Francji*, Zakład Narodowy im Ossolińskich, Wydawnictwo, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1978.

Beauvoir S (de.), *La vieillesse*, Gallimard, Paris 1970.

Bois J.-R., *Histoire de la vieillesse*, PUF, 1994.

Boutet D., Strubel A., *La Littérature française du Moyen Age*, PUF, Paris 1997.

Boy-Żeleński T., w: *Pieśń o Rolandzie, Dzieje Tristana i Izoldy, François Milion, Wielki Testament*, Wydawnictwo „Kama”, Warszawa b.r.w.

Cerquiglini-Toulet J., *Couleur de la mélancolie. La fréquentation des livres au XIVe siècle. 1300–1415*, Hatier, Paris 1993.

Davies N., *Europa. Rozprawa historyka z historią*, Wydawnictwo Znak, Kraków, 1998.

Duby G., *Reflexions sur la douleur physique au Moyen Age*, w: *La souffrance au Moyen Age*.

Duby G., Ariès Ph. (red.), *Histoire de la vie privée*, Seuil, Paris 1985.

Geśicka A., *La vieille femme aux yeux des poètes au bas Moyen Age: vision d'Eustache Deschamps et de François Villon*, w: R. Mane, F. Piponnier, M. Wilska, M. Piber-Zbieranowska (red.), *La femme dans la société médiévale et moderne*, Instytut Historii PAN, Warszawa 2005.

Geśicka A., *Starość i śmierć w XV-wiecznej poezji francuskiej*, Paedagogia Christiana, 1. 1 (2006).

Herlihy D., *Viellir à Florence au Quattrocento*, Annales ESC, t. XXIV (1969).

Huë D., *Limage de l'âge; traités et poèmes des Ages des hommes*, w: *Vieillesse et vieillissement au Moyen Age*, Senefiance, 1. 19 (1987).

Huizinga J., *Jesień średniowiecza (Herfsttij der Middleleeuwen)*, PIW, Warszawa 1996.

Klibansky R., Panofsky E., *Saturne et la mélancolie*, Gallimard, Paris 1989.

Kłoczowski J., *Les mendiants et la Passion du Christ dans la Pologne médiévale*, w: *La souffrance au Moyen Ages*.

Kowalski J., *Karol Orleański, Ronda i ballady*, Oficyna Wydawnicza Volumen, Warszawa 2000.

Lisowski J., *Antologia poezji francuskiej*, Czytelnik, Warszawa 2001.

Male E., *L'Art religieux de la fin du moyen âge en France: étude sur l'iconographie du moyen âge et sur ses sources d'inspiration*, Armand Colin, 1999.

Méchoulan E., *Les arts de rhétorique du XVe siècle: la théorie, masque de la 'theoria'?*, w: *Masques et déguisements dans la Utterature médiévale*, Montréal-Paris 1988.

Minois G., *Histoire de la vieillesse en Occident. De l'Antiquité à la Renaissance*, Fayard, 1987.

Muhlethaler J.-C., *Poétiques du quinzième siècle. Situation de François Villon et Michault Taillevent*, Nizet, Paris 1983.

Planche A., *Le temps des ancolies*, Romania, t. 95 (1974).

Planche A., *Le corps en vieillesse. Regards sur la poésie du Moyen Age tardif*, Razo, t. 4 (1984).

Poirion D. (red.), *Précis de littérature française du Moyen Age*, PUF Paris 1983.

Poirion D., *Le poète et le prince. L'évolution du lyrisme courtois de Guillaume de Machaultd Charles d'Orle'ans*, PUF, Paris 1965.

Porion D., *Le poète et le prince. L'évolution du lyrisme courtois de Guillaume de Machaultd Charles d'Orle'ans*, PUF, Paris 1965.

Przybylski R., *Esej o starości*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 1998.

Rahner K., Vorgrimler H., *Mały słownik teologiczny*, tłum. T. Mieszkowski, R Pachciarek, PAX, Warszawa 1987.

Rey-Flaud H., *Le corps en douleur, l'etre en souffrance*, (France, XIIe–XVe s.), Les Cahiers de Varsovie, 14 (1988).

Zumthor R., *Le masque et la lumière, La poésie des Grands Rhétoriciens*, Seuil, Paris 1998.

Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błeszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Zbigniew Domżał

Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi

DOLNOŚLĄSKIE I ZACHODNIOPOMORSKIE KLASZTORY CYSTERSKIE W ŚREDNIOWIECZU WOBEĆ DOŚWIADCZONYCH CHOROBA I UBÓSTWEM

W szeroko rozumianej opiece nad biednymi i cierpiącymi z powodu różnych chorób niekwestionowaną rolę odegrały różne formacje zakonne. Poza specjalistycznym w tym zakresie zakonem rycerskim joannitów znaczącą pozycję miały w średniowieczu klasztory cysterskie. Medycyna cysterska funkcjonowała na dwu płaszczyznach, duchowej i cielesnej. Pierwszym i podstawowym sposobem leczenia był czynnik teurgiczny, tj. głównie modlitwa, a drugim czynnik racjonalny, oparty na dziełach starożytnych autorytetów. Dużą wagę przywiązywano do ksiąg farmakologicznych, zwłaszcza dotyczących ziółek. Stanowiły one podstawowe źródło praktycznej wiedzy medycznej uprawianej w klasztorach. Wokół ich siedzib z reguły zakładano ogrody, w których uprawiano różne zioła. Charakter podręcznika, na którym się opierało miało anonimowe dzieło XI-wiecznego autora, znane pod nazwą „Macer Floridus”¹.

W Europie już w okresie od X do XII w. następował szybki wzrost liczby szpitali i przytułków. Fakt ten wynikał z wielkich przemian społeczno-gospodarczych tego okresu. Zwiększyła się wówczas liczba ludności migrującej lub osiedlającej się na nowych terenach, przybywało też grup włóczęgów i żebraków wędrujących od osady do osady. Szybko rosła liczba pielgrzymów odwiedzających miejsca kultu oraz nawiedzających Ziemię Świętą. Rosła też

¹ B. Seyda, *Dzieje medycyny*, Warszawa 1973, s.76

liczba nędzarzy wskutek klęsk głodu i nieurodzajów, epidemii, powodzi i pożarów. Był to wreszcie okres wypraw krzyżowych, które ściągały pątników z całej Europy. Kościół będący głównym instytucjonalnym opiekunem biednych i chorych sam nie mógł tak ogromnym wyzwaniom podoleć, w związku z czym świadomie dążył do szerzenia kultu ubóstwa i cierpienia. W swoim nauczaniu ludzie Kościoła podkreślali, że nędza jest stanem miłym Bogu (*res sacra miser*), a wspomaganie chorego bądź nędzarza szczególną zasługą wobec Boga.

Szpitalne zakony szpitalnych, mimo że zachowywały charakter przytułków dla ubogich, udzielały również opieki leczniczej. Analizując plan rozmieszczenia obiektów klasztoru benedyktyńskiego w Saint Gallen (dziś Szwajcaria) z ok. 820 r. można wywnioskować, że oprócz pomieszczeń dla ciężko chorych (*cubiculum valde infirmorum*), istniały osobne pomieszczenia dla lekarzy (*domus medico-rum*), dla przyrządzania medykamentów (*armarium pigmentorum*)².

W społeczeństwach średniowiecznych występowały ogromne różnice biologiczne między ludnością poszczególnych warstw, które miały decydujący wpływ na zachorowalność. Wprawdzie choroby epidemiczne dziesiątkowały bez wyjątku całą ludność, ale w przyczynach powstawania pozostałych schorzeń dopatrywać się należy zjawisk, które tkwiły w sferach społecznej, zawodowej i środowiskowej³. Społeczeństwo średniowieczne charakteryzował tak zwany prymitywizm demograficzny, który objawiał się przede wszystkim wysoką płodnością (około 40–50 urodzin rocznie na każde 1000 mieszkańców), wysoką umieralnością (przeciętna długość życia poniżej 30 lat), zwłaszcza niemowląt (20% dzieci umierało w pierwszym roku życia), wreszcie małą ilością ludzi w starszym wieku⁴.

W świetle tych danych jest rzeczą oczywistą, że na różne choroby najbardziej narażona była biedota, o najmniejszym stopniu odporności osobniczej, spowodowanym głównie stałym niedożywieniem i niedostateczną higieną.

Cechą charakterystyczną okresu średniowiecza było silne powiązanie osadnictwa z systemem hydrograficznym. Woda była podstawowym warunkiem egzystencji, ale jednocześnie stanowiła poważne zagrożenie dla zdrowia i życia ludzkiego. Nieuregulowane rzeki wylewały często kilka razy do roku, zmieniały swój bieg, podmywały łąki, zmieniając je w trzęsawiska i moczary. Zarastające trzciną i szuwarami zbiorniki wodne stanowiły niezwykle dogodne środowisko dla lęgu komarów roznoszących liczne choroby, m.in. groźną chorobę zakaźną, jaka była zimnica⁵. Choroba ta była przyczyną bardzo dużej

² T. Brzeziński, *Historia medycyny*, Warszawa 1988, s. 54

³ Por.: A. Malinowski, J. Strzałka, *Antropologia*, Warszawa 1985, s. 456.

⁴ J. Jankowski, *Historia medycyny średniowiecznej w Polsce*, Wrocław 1994, s. 62.

⁵ B. Kassur, *Choroby zakaźne i inwazyjne*, Warszawa 1979, s. 135, 141, 151, 192, 217, 389.

śmiertelności, prowadziła również do różnego rodzaju powikłań⁶, które dotyczyły przede wszystkim osoby niedożywione, o ograniczonej odporności organizmu. Opis osoby chorej na zimnicę zawiera m.in. *Żywot św. Jadwigi*, razem z małżonkiem, Henrykiem Brodatym, współfundatorki klasztoru cysterek w Trzebnicy⁷. W rozlewiskach bagiennych utrzymywały się też zarazki czerwonej, cholery i duru brzusznej. Te choroby przewodu pokarmowego zebrały w średniowieczu niezwykle bogate żniwo śmierci.

Epidemiologicznemu rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych sprzyjały przede wszystkim niski poziom higieny i obniżona odporność organizmu w związku z niedożywieniem lub niewłaściwym odżywianiem. Wybuchaly one w latach głodu, m.in. w latach 1007, 1126, 1319, 1348, 1356, a także w wyniku częstych zatruc wody⁸. Już od końca XIII w. w miastach zaczęto budować wodociągi miejskie, zdając sobie sprawę z tego, że zanieczyszczona woda stanowiła poważne źródło licznych schorzeń⁹. Chorobą, która zabijała powoli i nieubłagane, był trąd. Upowszechniła się ona w Europie w wyniku wypraw krzyżowych, bowiem jego główne ogniska endemiczne zlokalizowane były w Palestynie¹⁰. Autor *Legendy św. Jadwigi* tak opisał chorych na tę groźną chorobę, wymagającą ich izolacji od zdrowych ludzi: „ta porażona część ciała była pokryta wgłębieniami jak podziurawiona koszula. W tej części ciała było pozbawione całkowicie naskórka”¹¹.

Ludność, zwłaszcza we wcześniejszym okresie średniowiecza cierpiała także z powodu bardzo powszechnych chorób wewnętrznych, zwłaszcza gruźlicy, kiły oraz chorób reumatoidalnych i stanów powylewowych. *Legenda św. Jadwigi* wylicza aż 22 opisy paraliżów, uschnięć dłoni bądź stóp, niedowładów, przykurczy itp. Jak pisze autor *Legendy*, w otwartych, zaropiałych i gnijących ranach „zaroily się w nich robaczki”¹².

Oprócz chorób ciała wszechobecne były przypadki schorzeń umysłu. Sprzyjała im atmosfera średniowiecza przesycona demonizmem i mistycyzmem. Człowiek ówczesny żył w strachu przed Bogiem i diabłem, wszędzie dopatrywał się zdarzeń nadprzyrodzonych i tajemniczych. Wszystko to sprawiało, że żył on wciąż w obawie i lęku, panicznym strachu, rozpacz, a zarazem w nadziei i zachwycie.

⁶ M. Kacprzak, *Epidemiologia ogólna*, Warszawa 1956, s.299.

⁷ Odnotowano w tym źródle zdanie: „Żona obywatela wrocławskiego Bernarda, Adelajda, cierpiała od wielu lat na powtarzającą się co cztery dni gorączkę”. (Czwartaczka stanowiła stadium najwyższe w rozwoju zimnicy). Patrz: *Legenda św. Jadwigi*, wyd. J. Poter, Wrocław 1993, s. 105.

⁸ J. Długosz, *Roczniki albo kroniki sławnego Królestwa Polskiego*, Warszawa 1961, ks. II, s.331, 369, ks. VII, s. 318, ks. XI, s. 132.

⁹ E. Ligenza, *Wodociągi dawnego Krakowa*, Kraków 1971, s. 26 i n.

¹⁰ W. Szumowski, *Historia medycyny*, Warszawa 1961, s. 64.

¹¹ *Legenda św. Jadwigi ...*, s.102.

¹² Tamże, s.109.

Przeszczepiona na grunt polski terapia antyczna, nałożyła się tutaj na medycynę ludową, bazującą w znacznym stopniu na magii. Obok praktyk irracjonalnych stopniowo i mimowolnie umacniało się przekonanie o potrzebie uwzględniania również przesłanek empirycznych.

Złożony charakter średniowiecznych terapii przyczynił się do tego, iż korzystała ona z olbrzymiej ilości leków, wśród których na pierwszym miejscu plasowały się leki pochodzenia roślinnego, tzw. vegetabilia¹³. Drugie miejsce pod względem ilości zajmowały leki pochodzenia zwierzęcego, tzw. animalia, wśród których wymienić należy krew, mózg, serce zwierzęce, a także węże, żaby, ślimaki, sery, mleko, miód¹⁴. U schyłku epoki średniowiecza rosło znaczenie środków mineralnych (tzw. mineralia)¹⁵, jak złoto, srebro, siarka oraz drogocenne kamienie, a w następnej kolejności ałun, tlenki żelaza, boran sodowy, trójtlenek arsenu, piryt¹⁶.

Istotną rolę w terapii średniowiecznej odgrywała taumaturgia, która bazowała przede wszystkim na psychoterapii, przy czym moc uzdrawiającą posiadali nie tyle lekarze, ile wyposażeni w autorytet moralny święci. W związku z tym modlitwa była wszechmocnym środkiem leczniczym przeciwko wszelkim schorzeniom.

Rozwój szpitalnictwa klasztorowego i parafialnego datuje się zwłaszcza od reform papieża Grzegorza Wielkiego (zmarł 604 r.). W Polsce wczesnośredniowiecznej wzorem innych krajów europejskich powstawały bractwa szpitalne pod wezwaniem św. Rocha¹⁷. W szpitalach tych w mniejszym stopniu leczono, a bardziej skupiono się nad zapewnieniem miejsca dla starców i nieuleczalnie chorych. Działalność charytatywną prowadziły zakony szpitalne, joannici (założony w 1020 r.) i niemiecki zakon rycerski Maryi Panny zwany krzyżackim (1190).

O rozmiarach i formach pomocy społecznej wobec cierpiących i ubogich ze strony instytucji Kościoła w średniowieczu świadczy szeroki rejestr obciążeń materialnych z tego tytułu. Zgodnie z regułą i konstytucjami *Vita communis*, na konwentach klasztornych spoczywał obowiązek pełnego utrzymania ściśle określonej liczby ubogich. Moźni fundowali na rzecz klasztorów specjalne prebendy dla chorych, starców i ubogich.

Henryk Brodaty nadając w 1224 r. klasztorowi cystersów w Lubiążu 500 łanów gruntu jednocześnie polecił konwentowi, aby z dochodów ze 100 łanów z tego nadania sprawował opiekę nad ubogimi (*Itemgne centrum sub ea conditione donavimus, ut tres prebendori pro remedio anime nostre et patris nostri*

¹³ M. Nowiński, *Dzieje uprawy roślin leczniczych*, Warszawa 1983, s.18.

¹⁴ J. Falimisz, *O ziołach i mocy ich*, Kraków 1534, s.27 i n.

¹⁵ J. Jankowski, dz. cyt., s.129.

¹⁶ Biblioteka Kapitulna w Krakowie, Kodeks nr 225, s. 31, 38, 42, 49, 63.

¹⁷ J. Majka, *Działalność charytatywna w Polsce*, [w:] *Miłość miłosierna*, pod red. ks. J. Kruciny, Wrocław 1985, s.200.

sub speciali titulo nostre elemosine in Lubens perpetuo sustententur)¹⁸. Podobnym zobowiązaniem książę obciążył cysterki trzebnickie w dokumencie z 1224r. (... *dedi molendinum super Vidaniam iuxta Pirętnice, ut claustrum V pauperes procuret in victu et vestitu fratrum*)¹⁹. Bolesław III, książę brzeski w 1311 r. nadając cystersom lubiąskim dwie wsie zobowiązał mnichów, aby z dochodów uzyskiwanych z tych wsi klasztor urządzał uroczysty posiłek jeden raz w miesiącu z ryb i wina i stale opiekował się pięcioma ubogimi²⁰.

Dokument tego samego księcia z 1329 r. dla klasztoru cystersów lubiąskich obligował mnichów stale utrzymywać pięciu ubogich z dochodów z tytułu nadanego im prawa patronatu nad kościołem (*pulmentariis conventus nec non pane et cerevisia pasci debebunt*)²¹. Książęta dbali więc o zapewnienie podstaw materialnych umożliwiających konwentom prowadzenie działalności charytatywnej. W zamian mnisi odprawiali liturgię za darczyńców.

Do regularnej opieki nad biednymi zobowiązał cystersów w Kamieńcu Ząbkowickim biskup wrocławski Henryk z Wierzbna w nadaniu z 1318 r. (*Insuper et singulis septimanis quarta feria unam, sexta feria unam et unam die sabbati sexagenam de pane pro elemosina pauperibus ante portam facere consueverunt, duximus deputandas*)²². Rozdawanie posiłków biednym, starcom i chorym należało do codziennych obowiązków mnichów. Hagiograf żywota św. Jadwigi odnotował, że utrzymywała ona na swoim dworze trzynastu ubogich i chorych na pamiątkę Chrystusa i Jego apostołów²³. Ruchoma kuchnia dla chorych i biednych była stale dostępna dla potrzebujących.

Opactwa cysterskie w Lubiążu, Trzebnicy i Kamieńcu prowadziły własne szpitale i hospicja zarówno w kompleksach zabudowań klasztornych, jak również przy dworach tych monasteriów w miastach (m.in. dwór klasztoru lubiąskiego w Wołowie, Henrykowskiego w Nysie i Ziębicach oraz kamienickiego we Wrocławiu, w Nysie i w Świdnicy)²⁴. W hospicjach klasztornych pracowało po kilka osób spośród mnichów (najczęściej określanych jako *infirmarius*), konwersów i familiarów²⁵. W nekrologu lubiąskim jest wymieniony

¹⁸ *Schlesisches Urkundenbuch* (dalej skrót: Schl. Urkb.), Bd. I, hg. H. Appelt, Graz-Köln 1960, nr 246, s.179.

¹⁹ Schl. Urkb. I, nr 247, s. 181.

²⁰ Regesten zur schlesischen Geschichte (*Codex diplomaticus Silesiae*), nr 3238.

²¹ Tamże, nr 4814.

²² *Codex diplomaticus Silesiae*, Bd. X, ed. P. Fotenhauer Breslau 1881, nr CXI.

²³ *Pro illa autem egenorum multitudine, que ante mensam ipsius locata non fuerat, specialem habebat coquinam et ministros pro ipisis specialiter deputatos, quibus mane et vespere, secundum exigenciam temporis victui necessaria prebeatur* (*Vita sanctae Hedwigis*, wyd. A. Semkowicz, Monumenta Poloniae Historica, t. I V, s.550).

²⁴ M. Kaczmarek, *W trosce o najślabszych, Działalność charytatywna śląskich klasztorów cysterskich rodziny lubiąskiej*, w: *Historia i kultura cystersów w dawnej Polsce i ich europejskie związki*, Poznań 1987, s. 427 i n., 433.

²⁵ Patrz: G. Müller, *Der Gastmeister, Cistercienser – Chronik* 25 (1913), s. 353–358.

mnich Bartłomiej (pod datą oznaczającą dzień modlitwy za jego duszę – 4 września) jako *magister hospitum*, nadto świeccy *Salomon hospitalarius*, *Hans de Thorn hospitalarius*. Wymieniony jest również w tym obituariuszu pensjonariusz „Nicolaus de Strigonia (ze Strzegomia), *praebendarius in hospitali* i wielu dalszych²⁶.

Przykładów świadczenia przez instytucje zakonne idei miłosierdzia wobec chorych i biednych dostarcza również materiał źródłowy pochodzący z innych regionów ziem polskich i pozapolskich. Dla przykładu warto przytoczyć informacje na temat posługi świadczonej cierpiącym, chorym i biednym przez klasztory cysterskie – poza Śląskiem – równie liczne na terenie Pomorza Zachodniego. Nie jest zapewne przypadkowa najwcześniejsza z tych ziem informacja o istnieniu szpitala (*hospitalis domus*) z 1185 r. przy konwencji cystersów w Kolbaczu w pobliżu Pyrzyc²⁷. Klasztor cystersów w Dargunie koło Dymina (Dargun, Demmni – dziś Niemcy) odpowiedni ośrodek leczniczy i zapewne również przytułek dla biednych (*receptaculum pauperum*) prowadził co najmniej od połowy XIII w.²⁸ W całym kompleksie zabudowań klasztoru w Neuencamp, opactwie filialnym konwentu cystersów w Camp (założone w 1231 r.)²⁹ już od pierwszych lat istnienia klasztoru funkcjonowało hospicjum pod wezwaniem św. Ducha. Znany jest pokaźny zapis dochodów w wysokości 25 grzywien rocznie uczyniony testamentem na rzecz tego szpitala w 1297, przez prebendariusza klasztoru Jana „de Ratenowe”³⁰. Zapis w Nekrologu klasztoru cystersów w Neuencamp pod datą 8 czerwca informuje o nadaniu beczki piwa dla chorych leczonych w „infirmatorium”³¹. Brak jest w źródłach danych o organizacji tego hospicjum. Wolno przypuszczać, że darowane piwo przeznaczone było dla przełożonego (*magister hospitum – infirmatorium*) oraz obsługi (*famuli infirmorum*). Dom opieki nad biednymi oraz szpital wymieniony został w dwóch dokumentach znanego rycerza pomorskiego Henryka „de Ost” z 1297 r. dla klasztoru filialnego Neuencamp na wysepce Hiddensee. W pierwszym szpitalu – i zarazem przytułek dla biednych otrzymał 2,5 grzywny³², w drugim dowiadujemy się, że klasztor ten sprawował specjalne posługi wobec rozbitków morskich³³. Można w tym wy-

²⁶ M. Kaczmarek, dz. cyt., s. 432 i n.

²⁷ Pommersches Urkundenbuch, dalej skrót: PU, Bd. I, ed. k. Conrad, Köln 1970, nr 98.

²⁸ PU I, nry: 486, 498.

²⁹ Neuencamp – dziś miejscowość Franzburg w Niemczech.

³⁰ PU II, nr 1810 (... *Dedi insuper domui sancti Spiritus in Nouo Campo viginti guingue marcas, quas vitricus meus dominus Johannes de Bruseuiz, soluere tenebitur...*).

³¹ PU I, Zweite Abteilung, verarb. und hrsg. von R. Prümers, Stettin 1877, Anhang II: Todenbuch des Klosters Neuencamp (dalej skrót: Necrolog), s. 512.

³² PU III, nr 1809.

³³ PU III, nr 1817 (...*in confinio terre nostre naufragium passuri fuerint, ne dolor super dolorem winerum addatur, ipsos et bona sine res ipsorum ab omnibus quietauimus et in nostram recepimus proteccionem*).

padku zakładać funkcjonowanie ośrodka, w którym udzielano pomocy ludziom pokrzywdzonym na morzu. Znane jest polecenie papieża Leona X z 1516 r. kierowane do opata w Neuencamp o utrzymywanie przez klasztor różnych form posługi rozbitkom i napadniętym na morzu przez nabrzeżnych rozbójników³⁴.

Zestawione dane źródłowe dotyczące różnych form opieki nad biednymi i cierpiącymi sprawowanych przez przykładowo wybrane klasztory cysterskie dolnośląskie i zachodniopomorskie pozwalają stwierdzić, że były one znaczne i różnorodne, a jednocześnie gwarantowane istnieniem stałych instytucji opiekuńczo-leczniczych. Wpisany w konstytucje zakonne cystersów obowiązek świadczenia miłosierdzia ludziom doświadczonym przez los stanowił jeden z ważniejszych aspektów wielorakiej działalności na rzecz średniowiecznego społeczeństwa.



³⁴ Stadtarchiv Stralsund, Rep. Städtische Urkunden, nr 1933.

**SPOŁECZNY WYMIAR
CIERPIENIA**

Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błęszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Ks. Wojciech Kułak

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

PROLOGOMENA ŻAŁOBY, CZYLI O ŻYCIU I CIERPIENIU PO ŚMIERCI BLISKICH

Śmierć i żałoba

Żałoba jest, i pomimo powszechnej banalizacji fenomenu ludzkiego przemijania pozostaje dla wielu „żywych” czasem osobistego, bolesnego ponad wszelkie wyobrażenie, oplakiwania śmierci swoich najbliższych. Śmierć – doświadczenie dalekie, by nie rzec obce, nagle staje się moim własnym. Nie każda, ale dopiero ta, kogoś bliskiego i kochanego, dotyka „do żywego” (por. 2 Sm 19, 1). Płaczymy nie nad nimi, płaczymy nad sobą, nad tym, co w nas umarło, co nam z nas ubyło. Na zawsze i nieodwracalnie. Żyjemy, ale nic nie jest tak, jak było przedtem, już nie jesteśmy tacy sami.

Jak pisze T. Sławek, żałoba jest ciężką pracą „radzenia sobie ze stratą, której nie sposób powetować, [...] oto ja «żywy» staję wobec pustki, której nic nie może zapełnić. Strata, o której mowa, nie jest zwykłym brakiem, ale wyrwaniem ze mnie części mojej egzystencji: wraz z Nim/Nią odchodzi część mnie”¹.

Po śmierci mamy coraz lepiej zacząłem rozumieć te słowa. Bliższą stała mi się prawda, że „nic i nikt nie może wykonać owego oplakiwania za mnie”². Jej tutaj już nie ma i nigdy nie będzie. A przecież tak niedawno martwiłem się Twoją chorobą, drzałem patrząc na pogarszające się wyniki... A miało być lepiej – w mniemaniu lekarzy – dlatego czwartkowego poranka zaplanowaliśmy Cię wypisać ze szpitala. Choćby na krótko. Byś odpoczęła i była z nami

¹ T. Sławek, *Osamotnienie żałoby*, Tygodnik Powszechny 31 (3030) 2007, s. 1.

² Tamże.

w swoim domu. Owszem, wiedziałem, że śmierć nie wybiera, że dotyka wielu. Przechywałem, że Twój koniec się zbliża. I boleśnie przeżywałem dwutygodniowy dramat powolnego umierania. Dokładnie trzy miesiące temu, o godz. 16:36 umęczona postępującą chorobą, wychudzona, nie mająca siły mówić odeszłaś do Domu Pana. Wierzę, że jesteś szczęśliwa, ciesząc się obecnością Boga, że jest Ci dobrze w świecie, gdzie nie ma bólu, ani chorób, że nie rozstałiśmy się na zawsze, że czekasz na mnie.

Ku życiu versus ku śmierci

Jak zatem pogodzić wiarę w życie wieczne i cierpienie człowieka w żałobie, który doznał dotykającej go „do żywego” straty? Jak żyć dalej w świecie, w którym „nikt i nic nie może mi pomóc, gdzie jestem zdany na siebie, nie dlatego, że spotykam się z bezdusnością, lecz dlatego, że strata otwiera między mną a ‘porządkiem dziennym’ otchłań, przez którą nikt, mimo najlepszej woli, nie jest w stanie się przedostać?”³ Jak współcierpieć z kimś, kto niepokodzony ani ze stratą, ani z okrucieństwem boga czy losu zamyka się w sobie i oplakuje długimi latami śmierć najbliższych, jak mityczna Niobe, spoglądająca na rozrzucone ciała swych dzieci przeszyte strzałami Apolla? Czy nauki humanistyczne, jak i przyrodnicze pozbawione głębi/prawdy antropologicznej nie są *de facto* bezradne wobec porażającego osamotnienia w żałobie, gdzie ulega dezintegracji dotychczasowa sytuacja osoby cierpiącej w świecie i zanika poczucie naturalnej wspólnotowości?

Jan Paweł II w przemówieniu do przedstawicieli świata nauki i kultury, wygłoszonym 8 czerwca 1997 r. w Krakowie, powiedział między innymi: „W warunkiem zdrowego rozwoju nauki, na który chciałem zwrócić uwagę, jest integralna koncepcja osoby ludzkiej. Wielki spór o człowieka u nas w Polsce wcale się nie zakończył wraz z upadkiem ideologii marksistowskiej. Spór o człowieka trwa w dalszym ciągu, a pod pewnym względem nawet się nasilił”⁴. Papież wypowiedział te słowa w kontekście bolesnych doświadczeń ubiegłego stulecia. W minionym wieku, jak nigdy dotąd w historii, toczyła się i toczy nadal bitwa o prawdę o człowieku. Podczas całego pontyfikatu Ojciec św. nauczał, że prawda musi wyznaczać kierunek ludzkiej egzystencji w świecie, a zwłaszcza w świecie wartości. Człowiek wybiera przyszłość, tworzy rzeczy piękne, bardziej stara się *być/żyć* niż *mieć/konsumować* posługując się prawdą. Poznanie prawdziwe/wartościowe musi orientować w żałobie

³ Tamże.

⁴ Jan Paweł II, *Homilie i przemówienia. V Pielgrzymka Ojca św. do Polski*. Wrocław 1997, s. 140.

ku życiu. „Idzie więc o życie własne i cudze, jako wartość dla siebie i innych, jako fakt bezwarunkowo cenny”⁵.

Orientacja *biofilna* pozwala nie popaść w rozpacz, nihilizm i amnezję egzystencjalną. Ma swoje źródło w myśli chrześcijańskiej⁶. Tu w sukurs rozumowi przychodzi wiara: nie trzeba rozpaczliwie szukać zapomnienia⁷. Zapomnienia śmierci nie będzie. Kto doświadczył śmierci ukochanej osoby wie, o czym mówię. Wszystkie nasze doświadczenia zmierają ku zakończeniu. To, co ma swój początek, musi mieć i swój kres. Naszą wiedzę, doświadczenia i pojęcia czerpiemy z życia, które wiecznym nie jest i one są ograniczone czasem. Żałoba zmieniając miarę i rytm naszego życia skłania do zastanowienia nad czasem minionym i tym, który jeszcze przed nami.

Gdy oplakuję śmierć bliskich, cały świat wydaje mi się „w mrokach śmierci” nie tylko z powodu niezwyklej głębokości rany w najgłębszej tkance mojego bytowania, ale także dlatego, że gdy moja codzienność doznała straszliwego zachwiania, świat nie zwracając na mnie uwagi biegnie dalej swoim utartym torem. Ta głęboka, raniąca mnie do żywego strata, której nikt inny nie może mi odebrać ani w niej uczestniczyć, sprawia, „że codzienność świata wydaje się czymś potwornym. Cierpienie żałoby jest w najistotniejszym sensie tego słowa ‘lokalne’, jest siłą zmieniającą *locus* mojego bytowania w otwartą ranę nie do zablźnienia. [...] Stąd melancholia oplakiwania będąca lamentem nad światem, melancholia, za sprawą której porażony w samym najwrażliwszym miejscu mojego istnienia nagle czuję, że nic już w świecie „na miejscu’ nie jest”⁸. To wszystko może działać zniechęcająco, tak, jakby czas się zatrzymał i przeszłości nie było.

⁵ S. Kawula, *Po co przyspieszanie śmierci? Młodzież polska wobec fenomenu samobójstwa*, w: *Śmierć i wiara w życie pośmiertne w świetle nauk przyrodniczych i humanistycznych*, M. Machink (red.), Olsztyn 2003, s. 129.

⁶ Fundamentem antropologii biblijnej jest przekonanie, że życie ludzkie i świat mają sens i zmierzają ku pełni w Zmartwychwstałym Jezusie Chrystusie.

⁷ Postpozytywistyczna fragmentaryzacja wiedzy sprawia, że coraz trudniejsze staje się poszukiwanie ostatecznego i całościowego sensu ludzkiego życia, miłości, cierpienia i śmierci. Co więcej, jak zaznacza Jan Paweł II w encyklice *Fides et ratio*, „jest to zjawisko jeszcze bardziej dramatyczne – w tym gąszczu informacji i faktów, wśród których żyjemy i które zdają się stanowić samą treść życia, wielu zastanawia się, czy ma jeszcze sens samo pytanie o sens. Wielość teorii, które prześcigają się w próbach rozwiązania tego problemu, a także różne wizje i interpretacje świata i ludzkiego życia pogłębiają tylko tę zasadniczą wątpliwość, która łatwo może stać się źródłem sceptycyzmu i obojętności albo też różnych form nihilizmu”, Jan Paweł II, *Fides et ratio*, Watykan 1998, n. 81.

⁸ T. Sławek, dz. cyt., s. 4.

Cierpienie i nadzieja

Lata posługi kapłańskiej w szpitalu pogłębiły we mnie wiarę, że tam, gdzie jest cierpienie, jest także i łaska. Aporia i jej zaprzeczenie. Bez nadziei, zwłaszcza w jej wymiarach ostatecznych, życie w żalobie staje się wręcz niemożliwe. Wtedy dopiero czuje się siłę nadziei. To jeden z najważniejszych motywów trwania przy życiu. To zdolność trwania pomimo poczucia bezradności, rozlewającej się wokół pustki i osamotnienia. „Jest krewną cierpliwością” i mówi mi o wiele więcej, niż mogę powiedzieć w miejscu, w którym teraz jestem⁹. To jest coś z intuicyjnego widzenia oczyma wiary. Wiele długich, szczerych, serdecznych rozmów, przepełnionych ogromnym bólem i tęsknotą po stracie bliskich, odbytych z rodzinami zmarłych pacjentów potwierdziło moją głęboką intuicję, że nadzieja jest nam równie potrzebna, jak słońce, powietrze i woda¹⁰. Nadzieja mająca swe źródło w Bogu, któremu bliski jest los człowieka, nadzieja oparta na wydarzeniu śmierci i zmartwychwstaniu Chrystusa¹¹. Ona „zawieść nie może” (Rz 5, 5). Mnie osobiście i moim rozmówcom udało się przejść bez traumy przez jedno z najtrudniejszych życiowych doświadczeń. Uszanowanie cierpienia, zaangażowanie w praktyki religijne i życzliwa obecność innych, pomogły przetrwać czas oplakiwania śmierci najbliższych i *powrócić do życia*. W tym czasie najwięcej zależało od jakości myślenia o pośmiertnych losach zmarłych, i od wielkiego zaufania do Boga – od nadziei, że „po śmierci nie skończył się czas przygody z Bogiem. Śmierć nie przecina i nie zamyka ostatecznie ludzkich losów”¹².

Wielowiekowa mądrość chrześcijaństwa zbudowana jest na nadziei nieśmiertelności. Chrystus pierwszy zmartwychwstał. Jeśli nie zmartwychwstał, próżna jest wiara, rozsypuje się w proch cała filozofia naszego życia¹³. Jednak gdzie kończy się projekcja naszej tęsknoty, a gdzie zaczyna się rzeczywistość? Niezależnie od tego, jak odpowiemy na to pytanie, chodzi o to, by się w nas narodziło coś radykalnego: że nie można odtąd żyć, jak dawniej: że czas dany nam do przeżycia staje się czasem ludzkim wtedy, gdy zostaje przeniknięty

⁹ *Nad przepaściami wiary*. Z ks. Wacławem Hryniewiczem rozmawiają Elżbieta Adamiak i Józef Majewski, Kraków 2001, s. 102–107.

¹⁰ Autor od wielu lat cierpliwie bada ludzkie postawy i zachowania wobec umierania i śmierci w kontekście ogólnej filozofii życia i poglądów etyczno-religijnych. Posiada w swoim archiwum wiele cennych wypowiedzi z rozmów przeprowadzonych z osobami w żalobie skatalogowanych w Kartotece Metodologicznej Wywiadów. Ich dalsza analiza stanie się w niedalekiej przyszłości treścią kolejnego artykułu.

¹¹ Nadzieję mamy z kimś, albo przez kogoś, coś.

¹² *Nad przepaściami wiary*, s. 124.

¹³ S. Leone, *Oltre il dolore. La qualita' della vita alla luce di una rinnovata teologia della sofferenza*. Palermo 1992, s. 35–40, 57–60, M. Serenitha', *Sofferenza umana. Itinerario de fede alla luce della Trinita'*, Milano 1993, s. 53–58, 80–86.

refleksją etyczno-religijną. Dopiero wtedy zaczynamy życie jakby na nowo: egoizm długo usprawiedliwiany cierpieniem nie będzie brał góry nad aktywnym uczestnictwem w dialogu i kształtowaniu jutra. Wtedy uczymy się budowania otwartej tożsamości i wychodzenia naprzeciw drugim. Ta postawa ma nade wszystko właściwości terapeutyczne.

Niniejsza refleksja nad fenomenem żałoby ma swoją specyfikę. Określa ją indywidualizacja i brak schematów. Każdy przeżywa ją inaczej, bo każdy jest inny i cierpi inaczej. To czy przekształci własną osobowość i wpłynie na dalszy rozwój siebie, zależy od tego, czy proces dezintegracji wywołany śmiercią osoby bliskiej, potrafi wykorzystać do tworzenia dobra. Czas żałoby – okres zaburzenia podstawowych funkcji życiowych: biologicznych, intelektualno-poznawczych, wolitywno-emocjonalnych, społeczno-zawodowych – dotyczy całego człowieka. Jest równocześnie procesem bio-psycho-społeczno-duchowym rozgrywającym się w samym człowieku¹⁴.

Szczególną rolę terapeutyczną ma tutaj do spełnienia pedagogia nadziei. Dzięki Chrystusowi śmierć ludzka nabiera paschalnego charakteru. Moment śmierci staje się przejściem do wieczności. Wiara jednocząca z Jezusem Zbawicielem w życiu i umieraniu daje człowiekowi moc, aby śmierć przemienić w osobowy akt narodzin dla nieba¹⁵. Staje się jednocześnie wyzwaniem, aby *tu i teraz do końca żyć nadzieją* w życie pośmiertne. Światło płynące z paschalnych wydarzeń w Jerozolimie rozświetla „mroki świata” oraz przynosi ostateczną nadzieję. Prawda o zmartwychwstaniu Chrystusa, która jest zapowiedzią zmartwychwstania każdego człowieka, *zabezpiecza* przed rozpaczą, pesymizmem i ucieczką przed życiem. Dziś pedagodzy są wezwani bardziej niż kiedykolwiek, by być nie tylko skutecznymi inżynierami w odbudowywaniu społecznych więzi i altruistycznych zachowań, ale by stawać się zwiastunami nadziei zarówno dla tych, którzy obecnie umierają w szpitalach, hospicjach i domach starości, jak i dla tych, którzy z ich śmiercią nie potrafią się pogodzić i cierpią z powodu nieodwracalnej straty. Świadomy wybór zawodu, odpowiednia motywacja do pracy stanie się potwierdzeniem ich humanistycznej wizji świata oraz szacunku dla wartości życia doczesnego. Interakcje pedagogiczne – zwłaszcza w tak niełatwym rozwojowo środowisku osób cierpiących – pozostaną obszarem wzajemnego, cierpliwego oddziaływania na siebie osobowości zaangażowanych w odkrywanie sensu, negocjowania znaczeń, dzielenia się wiedzą, doświadczaniem wspólnych wartości.

¹⁴ Por. K. De Walden-Gałuszko, *Puste miejsce. Psychologiczne problemy okresu osierocenia*, w: *Śmierć i wiara w życie pośmiertne w świetle nauk przyrodniczych i humanistycznych*, s. 57–66.

Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błęszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Jarosław Bąbka

Uniwersytet Zielonogórski

**O RYWALIZACJI WE WSPÓŁCZESNYM ŚWIECIE
JAKO PRZYCZYNIĘ CIERPIENIA
ORAZ O CIERPIENIU JAKO
ŹRÓDLE SENSU ŻYCIA – NA PRZYKŁADZIE
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

Wprowadzenie

Zachowanie osoby, która odmawia przyjęcia podwyżki i woli pozostać na swoim dotychczasowym stanowisku, może wydawać się bardzo dziwne i nie przystawać do czasów, w którym przyszło nam żyć. W różnych kulturach sukces, władza, prestiż, obfitość posiadanych dóbr nie odgrywają takiego samego znaczenia. Zachowania minimalistyczne nie wzbudzają zdziwienia, np. w kulturze Indian Pueblo. W tej społeczności rzadko się spotyka, aby ktoś chciał osiągnąć więcej, niż jest to niezbędne do zaspokojenia podstawowych potrzeb (Benedict 1999, s. 141, 305). Wynika z tego, że człowiek zachowuje się w zależności od wartości rozpowszechnionych w kulturze, będącej „kolektywnym zaprogramowaniem umysłu”, która odróżnia jedną grupę od innych (Hofstede 2007, s. 17).

Zdaniem Edwarda Hajduka (2001, s. 14), zmiany kulturowe w polskim społeczeństwie wynikają z akceptacji wartości, które stanowią „fundament aksjologiczny społeczeństw o gospodarce rynkowej i demokratycznej organizacji instytucji politycznych”. Polacy przejawiają aspiracje do osiągnięcia cywilizacyjnych standardów życia, charakterystycznych dla społeczeństw zachodnich. Ludzie dążą do osiągnięcia zamożności, potwierdzenia podmiotowości,

czy uzyskania sławy. Istotne jest, że cechą demokracji i gospodarki rynkowej jest konkurencyjność oraz rywalizacja. Współczesną kulturę charakteryzuje dwuznaczność, sprzeczność i ambiwalencja poglądów, wartości, norm społecznych, co może wzmacniać poczucie niepewności i lęki egzystencjalne.

Istnieje wiele opracowań na temat psychospołecznego funkcjonowania ludzi niepełnosprawnych. Wzrost zainteresowania tą problematyką spowodował, że badacze opisali różne aspekty życia niepełnosprawnych, np. doświadczenia edukacyjne, społeczną integrację, czy pracę zawodową. W literaturze przedmiotu coraz częściej omawia się przypadki niepełnosprawnych, które burzą na ich temat stereotypy, jako osób słabych, cierpiących, mało zaradnych, nieszczęśliwych i wymagających opieki. Niepełnosprawni, bez względu na stopień społecznej integracji, nie funkcjonują w próżni społecznej. Doświadczają warunków życia gospodarki wolnorynkowej oraz podlegają zmianom mających miejsce w kulturze. Normalizacja życia niepełnosprawnych polega na tym, że szukają oni, tak jak pełnosprawni, swojego miejsca w świecie. Chcą zdobyć wykształcenie, miejsce pracy, założyć rodzinę, zdobyć akceptację i uznanie w społecznym otoczeniu.

W opracowaniu podjęto problem doświadczeń dorosłych niepełnosprawnych związanych z rywalizacją i konkurencją, które wpisane są w kulturę społeczeństw wysoko uprzemysłowionych oraz założenia gospodarki wolnorynkowej. O tym, że we współczesnym świecie wszystkie dziedziny życia przesiąknięte są ideą rywalizacji i konkurencji świadczą zamieszczone w opracowaniu wypowiedzi osób pełnosprawnych¹. Wynika z nich, że psychiczne koszty sukcesu są wysokie, np. przeciążenie, frustracja, uzależnienie się od pracy. Z kolei brak sukcesu zaburza u jednostki poczucie bezpieczeństwa oraz prowadzi do niestabilnej samooceny i myślenia w kategoriach niepełnowartościowości. Celem opracowania jest dociekanie, czy badane osoby niepełnosprawne uczestniczą w szeroko rozumianej rywalizacji oraz nasilającym się „wyścigu szczurów”². Istotne jest również ukazanie roli, jaką w psychospołecznym funkcjonowaniu niepełnosprawnych odgrywa cierpienie. Wcześniejsze opracowania autora (Bąbka 2006a, 2006b, 2007) stanowią podstawę do refleksji dotyczącej pytania: w jaki sposób cierpienie będą-

¹ Wypowiedzi pochodzą ze źródeł internetowych. Dane dotyczące stron internetowych znajdują się w zestawieniu wykorzystanej literatury.

² Określenie pochodzi od sposobu zachowania się szczurów laboratoryjnych poruszających się w labiryntach lub obracających się kołach. Pojęcie „wyścig szczurów” wykorzystywano w latach 60. w okresie ruchów kontestatorskich do określenia w pogardliwy sposób wzoru kariery i awansu społecznego będącego wynikiem nieustannej walki o coraz wyższe stanowiska. Dwudziestowieczna definicja wyścigu szczurów przestaje być aktualna. Wyścig szczurów 2 zakłada nieustanną edukację oraz walkę nie tylko o awans, ale o lepsze możliwości rozwoju (Aichelberger 2003; Kwater 2007; <http://pl.wikipedia>; Szczepaniak, <http://praca.korba.pl>).

ce konsekwencją niepełnosprawności znajduje wyraz w postawach badanych wobec rywalizacji, kariery, sukcesu i „wyścigu szczurów”?

W rozdziale zostaną zaprezentowane wybrane przypadki osób niepełnosprawnych, które wyraziły zgodę na udział w badaniach pilotażowych na temat zjawiska współpracy i rywalizacji we współczesnym świecie. W badaniach wykorzystano metodę indywidualnych przypadków oraz technikę wywiadu (zob. Łobocki 2000).

Wybrane aspekty kultury rywalizacji we współczesnym świecie

Zachowania człowieka nie da się wyjaśnić poprzez odwołanie jedynie do jego potrzeb, czy wrodzonych zdolności działania. Aktywność jednostki jest uwarunkowana kontekstem kulturowym, w którym przypadło jej żyć. Dla niniejszych rozważań nie jest ważne wchodzenie w dyskusje na temat, czy obecne czasy, to okres ponowoczesności, czy późnej nowoczesności³. Bardziej zasadne jest ukazanie gwałtownych przemian dokonujących się w świecie, nieobojętnych dla jakości życia człowieka, który stara się znaleźć w nim swoje miejsce. Zdaniem Piotra Sztompki (2002, s. 575–578), późna nowoczesność wyróżnia się czterema głównymi cechami: nowymi formami zaufania i ryzyka, nieprzejrzystością, płynnością i niepewnością sytuacji społecznych, w jakich przyszło ludziom działać, postępującą globalizacją ekonomiczną, polityczną oraz kulturową. Jedną z konsekwencji globalizacji kulturowej są zmiany w sferze wartości, postaw, stylu życia, które w podobny sposób dokonują się w społeczeństwach wysoko uprzemysłowionych. W polskim społeczeństwie są widoczne ewidentne przesunięcia, podobnie, jak w kulturze zachodniej, od orientacji na społeczność do indywidualistycznego podejścia, od pracy do konsumpcji i pogoni za zyskiem, od myślenia w kategoriach równości, sprawiedliwości i współpracy do eksponowania znaczenia wolności, konkurencyjności i rywalizacji. Media dostarczają wzorów dotyczących wyznaczników sukcesu i awansu życiowego. Jednym z ważniejszych wyznaczników sukcesu oprócz kwalifikacji potwierdzonych licznymi dyplomami jest sprawne i piękne ciało, zdrowie, komunikatywność, otwartość itp. Ten aspekt współczesnej kultury nabiera szczególnego znaczenia w odniesieniu do niepełnosprawnych. Ludzie w społeczeństwie konsumpcji są spostrzegani przez pryzmat swoich ciał. Psychologia społeczna dostarcza wiedzy na temat przyczyn zniekształcenia spostrzegania osób o odmiennym wyglądzie zewnętrznym (zob. Macrae, Stangor, Hewstone 1999). Choroba, upośledzenie

³ P. Sztompka (2002, s. 576) używa określenia „późna nowoczesność”. Zdaniem autora nowoczesność nie przemieniała. Natomiast pojawiają się nowe i jakościowo odrębne jej cechy.

fizyczne, może prowadzić do spostrzegania osób nimi dotkniętych, jako słabych, wymagających pomocy, niekompetentnych, co stanowi istotną przeszkodę na drodze do sukcesu.

Szybkie zmiany, duże tempo życia oraz pragmatyzacja świadomości młodego pokolenia powodują, że ludzie wchodzący w dorosłość są nastawieni na błyskawiczny sukces na rynku pracy, wysoki standard egzystencji i czerpanie z życia przyjemności (Melosik 2002, s. 69–71; Ziółkowski 1994, s. 11–27). Zbyszko Melosik (2002, s. 74) podkreśla, że w „społeczeństwie współczesnym zanika styl oparty na refleksji nad życiem i na poszukiwaniu sensu życia”. Za to młode pokolenie potrafi doskonale spostrzegać swoje życie jako drabinę, po której należy się wspinać. Taka rzeczywistość u jednych powoduje lęk i frustrację. Innych taka wizja świata nie przeraża, bo wykształcili zdolności adaptacyjne do funkcjonowania zgodnie z regułami natychmiastowości, krótkotrwałości, tymczasowości i kolejnej zmiany. Model życia polegający na nieustannej walce o coraz większy sukces w wymiarze zawodowym, osobistym, finansowym, trafnie oddaje określenie „wyścig szczurów”. Złożoność omawianego zjawiska oddaje następująca wypowiedź: *Kto pierwszy, ten lepszy!* – żali się Justyna, która zaczęła właśnie pracę w dziale komunikacji jednej z dużych firm. *Łapiemy, co się da, co może nam pomóc ustawić się na rynku pracy: praktyki, staże, kursy. Mówimy kilkoma językami, kończymy po dwa fakultety, śpimy po kilka godzin, a i to nie gwarantuje nam lukratywnej posadki po studiach. W Polsce rynek jest nieprzyjazny. A my się musimy rozpychać łokciami.*

O nakręcającej się spirali rywalizacji prowadzącej do wyścigu szczurów świadczy kolejna wypowiedź: *Jeżeli chodzi o sam wyścig może dla niektórych to jest element motywujący do pracy, został on zaszczipiony w naszych umysłach już w szkole podstawowej, np. olimpijki sportowe, konkursy matematyczne, itp. Ja osobiście studiuje dziennie a po wykładach pracuję. Lubię obserwować ludzi, jak mi zazdroszczą tego, że mam dobre wyniki w nauce, wygrywam konkursy w pracy. Postawa tych osób jest żalonna. Wyścig szczurów powstał, bo ludzie zazdroszczą sobie sukcesów. Gdyby każdy myślał o sobie, nie zwracając uwagi na sukcesy innych, to w końcu osiągnąłby sukces nie uczestnicząc w wyścigu szczurów. Ja na szczęście teraz nie porównuję się do nikogo, ale kiedyś patrzyłem na sukcesy znajomych i wmawiałem sobie, jaki to jestem bee.*

Rzeczywistość, w której obowiązują reguły gospodarki wolnorynkowej, powoduje, że wszystkie dziedziny życia przesiąknięte są ideą konkurencji i rywalizacji. Opisany przez Karen Horney (2005, s. 163) obraz społeczeństwa, w którym eksponuje się jednostkę i wzmacnia presję do destrukcyjnego współzawodnictwa znajduje wyraz w zjawisku „neurotycznej osobowości naszych czasów”. Zdaniem autorki, „człowiek zastanawia się, na ile to dążenie

do współzawodnictwa można nazwać cechą neurotyczną [a na ile - J. B.]. Jest to wzorzec kulturowy” (tamże, s. 163). Zdobyć takich dóbr, jak władza, prestiż, uznanie, daje poczucie bezpieczeństwa, ale wymusza konieczność rywalizacji, z tego w względu, że dostępność do nich jest ograniczona. Intencją autora nie jest wykazanie, iż rywalizacja jest negatywnym zjawiskiem. Rywalizacja stanowi siłę napędową rozwoju człowieka i społeczeństwa. Jednakże trudno jest zachować granicę pomiędzy zdrowym współzawodnictwem a neurotyczną rywalizacją. Świadczy o tym następująca wypowiedź: *Dobrych 11 lat w dużej firmie inwestycyjnej [...]. Ostatnie 10 miesięcy – 190 dni w drodze. Rzygać mi się chce na zasrane gajerki, na meetingi, na to, że mnie to wszystko interesuje, ale muszę mieć pieniądze, żeby się wykupić z niewolnictwa. Nie cierpię lotnisk i nie cierpię widoku dupków, takich jak ja, tak samo ubranych i z taką samą pracą, czyli szuflowaniem papierków. Kilku kolegom się udało, żyją życiem, inni dalej gniją, bo już z entuzjazmu, który mieli, mając 23 lata, nie ma ani śladu.*

Obawy K. Horney dotyczące pogorszenia się kondycji psychicznej ludzi w społeczeństwach, w których występuje rywalizacja potwierdzają się. Świadczy o tym wzrost liczby depresji, fobii szkolnych, a nawet samobójstw wśród ludzi, którzy nie wytrzymują presji wyścigu po najwyższe miejsce w rankingu ocen, indeks na studia, miejsce pracy, wysoki status społeczny i standard życia (por. Eichelberger 2003; Fromm 1996; Niezgoda, 2003; <http://studentnews.pl>). Przytoczone wypowiedzi nie znaczą, że wszyscy poddają się zjawisku rywalizacji i wyścigu. Zmuszają one do myślenia na temat zagrożeń współczesnego świata, które potęgują stres, lęk egzystencjalny oraz cierpienie. Zdaniem Wojciecha Eichelbergera, (2003, s. 10), „Upragniony wolny rynek okazał się targiem niewolników. Pułapką. Jednokierunkową ślepa uliczka, którą z obłędem w oczach pędzą umęczeni ludzie poruszani uzależnieniem od pracy, pieniądza [...], leków i przedmiotów-od luksusu, popularności i znaczenia”.

Niepełnosprawni wobec zjawiska rywalizacji i „wyścigu szczurów” – opis przypadków

Z badawczego punktu widzenia istotne jest poszukiwanie odpowiedzi na pytanie dotyczące postaw niepełnosprawnych wobec rywalizacji i „wyścigu szczurów”, zjawisk, które cechują współczesną kulturę. W opracowaniu przedstawię wybrane przypadki osób niepełnosprawnych. Są one charakterystyczne dla zaznaczającej się w badaniach tendencji. Wynika z niej, że niepełnosprawni dystansują się wobec zjawiska rywalizacji i nie uczestniczą w wyścigu szczurów.

Przypadek 1.

Jacek, lat 26, cierpi na cukrzycę, która jak sam mówi „towarzyszy mu od 18 roku życia”. Konsekwencją cukrzycy są liczne powikłania, np.: uszkodzone nerki, duży ubytek wzroku. Badany ukończył studia informatyczne. Aktualnie pracuje w czasopiśmie o tematyce komputerowej. Jacek zachorował na cukrzycę po szkole średniej. W szpitalu szybko się nauczył, jak postępować w przypadku hipoglikemii i hiperglikemii. O cukrzycy insulinozależnej wyowiada się, iż *pacjentom chorującym na nią trudno się pogodzić z faktem, że dalsze życie i sprawność zależy od precyzji w obliczaniu diety i regularnego podawania zastrzyku oraz spożycia posiłku, co w przypadku młodych i aktywnych ludzi nie jest proste. Jestem doświadczony i potrafię wyczuć bez pomiaru cukru, ile insuliny powinien sobie podać jedząc, np. hamburgera, aby nie odbiło się to na zdrowiu i samopoczuciu. Cukrzyca to choroba niewidoczna gołym okiem. Jest jak wieżowiec, który na zewnątrz wygląda normalnie, ale jeśli nie jest odnawiany od środka, to może w każdej chwili podupaść i się zawalić*. Badany zabiegał o pracę, w której zamiast presji czasu i gotowości do podejmowania decyzji w stresujących warunkach liczy się precyzja, rzetelność i dokładność, czyli wszelkie cechy, które powinien posiadać cukrzyk. W pracy *muszę mieć komfort psychiczny*. Jacek skarży się, że wielu szefów nie chce zatrudniać diabetyków, bo uważają, że mogą być mniej wydajni. O rywalizacji pisze następująco: *Nie wyobrażam sobie pracy, która dodatkowo obciąża mój stan zdrowia. Zrezygnowałem z partyjnej kariery, działalności politycznej, udziału w kampaniach, walkach na słowa, slogany i hasła. Postarałem się połączyć swoją pasję z wykonywaniem zawodu. Tu nie tyle liczy się szybkość w docieraniu do newsa, co rzetelna informacja, wyszukiwanie nowinek, współpraca z zagranicznymi czasopismami i firmami komputerowymi*.

W życiu Jacka ważny jest czas i rytm pracy. Jacek może pracować w domu, wszędzie, gdzie jest komputer i podłączenie do sieci, robiąc tzw. research tematów. Pozostaje w stałym kontakcie z redakcją, głównie przez e-maile. Taki tryb pracy bardzo mu odpowiada. Badany działa aktywnie w stowarzyszeniu diabetyków i śledzi nowinki medyczne dotyczące cukrzycy. Przygotowuje się do wyjazdu na obóz jako wychowawca młodych diabetyków. *Dzieci chętnie mnie słuchają. Inaczej jest, kiedy rad udziela lekarz, a kiedy diabetyk, który przeżył to na własnej skórze*.

Choroba spowodowała w nim pęd do czegoś innego niż udział w wyścigu szczurów. *Kariera? A co to znaczy? Jeśli ktoś ma taki cel w życiu to bardzo współczuję. Niestety kariera w dzisiejszych czasach zazwyczaj oznacza wyścig szczurów i brak czasu na inne, często o wiele ciekawsze rzeczy. Rywalizacja istnieje, jak najbardziej, ale w sporcie*.

Przypadek 2.

Marta, 34 lata, niepełnosprawna ruchowo na skutek udaru. Porusza się za pomocą lekarskich kul. Zdobyła średnie wykształcenie bibliotekarskie, pragnie się dalej uczyć. Pracowała w Domu Pomocy Społecznej, szkole, markecie.

Marta zdaje sobie sprawę, że zdecydowanie brakuje jej przebojowości: *Jeśli bycie bardziej zaradnym jest równoznaczne z byciem bardziej przebojowym, to chcę być bardziej przebojowa. W tym widzę swoją szansę. Chcę się dalej uczyć, pomagać innym, to daje szansę znalezienia pracy, a przez to środków na realizację siebie.* Marta nie lubi słowa przebojowość, woli słowo zaradność. Marta uważa, że nie bierze udziału w wyścigu szczurów. O wyścigu wypowiada się, że *generalnie nie jest wart poświęcenia siebie wyłącznie pracy i karierze, jeśli już, to dla własnej satysfakcji. Ja cieszę się z każdego najdrobniejszego sukcesu. Dla innych może to być bez znaczenia. Jestem bardziej odporna na stres, gdyż w życiu doświadczyłam wiele porażek.*

O swoich doświadczeniach związanych ze współpracą i rywalizacją wypowiada się następująco: *Z osobami szczerymi i uczciwymi lepiej mi się współpracowało. Spotkałam też osoby bezwzględne, które miały za nic uczucia drugiego człowieka. Z niczym i nikim się nie liczyły. Staram się unikać takich osób. Najbardziej w pracy denerwowało mnie to, że kierownik nie chce znać prawdy o pracowniku. Jak chciałam się zwolnić na rehabilitację, to musiałam zmyślać różne historie. Uważam to za błąd w stosunku do niepełnosprawnych. My nie chcemy żyć w kłamstwie i obłudzie. Chcemy być zauważani i, aby nasza praca była równie ważna i przydatna. Najwięcej rywalizacji między pracownikami spotkałam pracując w firmie X (chodzi dużą znaną na rynku firmę). Ludzie byli tam zastraszeni, na jednego w kolejce czekało do pracy już kilka innych. Mówiąc o współpracy-tam tworzyły się grupy, góra, po dwie osoby, które wzajemnie się uzupełniały i mogły liczyć na siebie.*

Dużo satysfakcji dała jej praca w DPS, gdzie pomagała ludziom starszym. O tej pracy pisze następująco: *Tam ich karmiłam, czytałam książki i... byłam z nimi. Tam uświadomiłam sobie, że ze swoją niepełnosprawnością mogę pomagać jeszcze bardziej potrzebującym pomocy. Tam zaczęłam zastanawiać się nad tym, jaka jestem.*

Uświadomiłam sobie, jakim człowiekiem mogę się stać. Osoby starsze, nie-doleżne są zgryźliwe, czasami wręcz wredne, pragną zawładnąć kogoś tylko dla siebie, chcą być w centrum uwagi, a może to wynika z lęku, aby nie być samemu? Tam sobie uświadomiłam, że nie chcę taka zostać. Praca w DPS to był dla mnie kopniak, aby coś jeszcze w swoim życiu zmienić.

Marta aktualnie rozpoczęła pracę w szkolnej bibliotece. O sobie piszę: *Muszę więcej pracować od innych, a i to nie daje mi pewności siebie. Pracując*

z ludźmi poznawałam swoje cechy charakteru. Od niektórych można nauczyć się przebojowości, której mi brakuje. Ona jest przydatna w wyścigu szczurów. Z drugiej strony każdy z nas bierze w nim większy lub mniejszy udział.

Przypadek 3.

Paweł, lat 36, wyższe wykształcenie informatyczne. Mężczyzna porusza się za pomocą kul lekarskich. Niepełnosprawność ruchowa jest konsekwencją choroby Heinego Medina, którą przeszedł w dzieciństwie. *Od dziecka, od zawsze, kiedy pamiętam inne dzieciaki mówiły, że jestem kaleka, kuternoga, kurza łapka. Nie wiem, czemu kurza? Nie wiedziałem kury tak pokrzywdzonej jak ja. W dzieciństwie najbardziej bolało mnie, jak inni grali w piłkę. Ja nie mogłem nawet stać na bramce, bo jak tu biegać za piłką o kuli. Za to nikt nie był ode mnie lepszy w Incredible Machine. Aktualnie pracuje w firmie X (zakład budżetowy). Badany jest również administratorem lokalnej sieci komputerowej.*

Paweł o pracy zawodowej oraz sukcesie i karierze pisze następująco. *Są zawody, do których nie ma co się pchać. Ja zostałem informatykiem. To super zawód dla kogoś takiego jak ja. Wyścig szczurów to nie dla mnie. Informatyk to taki dziwny zawód. Pieniądze się tu nie liczą. Tu nikt nie musi być szefem firmy informatycznej. Pewnie, że się ścigamy o to, kto napisze szybszy, mniejszy program, lub rozwiąże problem, z którym inni informatycy jakoś sobie nie radzą. Pewnie, że uczestniczę w takim wyścigu. Jest super, jak można pokazać, że ja też potrafię.*

W moim dziale pracują cztery osoby. Ja jeden jestem niepełnosprawny [...]. Widzę, jak niektórzy zostają wieczorami i mówią tylko, ile zarabiają lub zarobią w tym roku. Nudne. Mieliliśmy takiego jednego w dziale, nikt z nim nie rozmawiał, no, bo, o czym. Po roku przeniósł się do Warszawy, bo mówił, że tam mu będzie lepiej.

Paweł widzi potrzebę poszerzania swojej wiedzy i umiejętności. *Czasami siedzę i inhaluję grube książki, bo nigdy nie wiadomo, kiedy to się przyda. Lepiej mieć to w głowie, niż na półce. Czytam często reference manuale, co mają po 200-300 stron. Spokojnie w jeden dzień się wciągnie.*

Dyskusja nad wynikami badań w świetle koncepcji cierpienia wg Józefa Kozielskiego

Pomocna w analizie podjętego w opracowaniu problemu okazała się koncepcja cierpienia wg Józefa Kozielskiego (1999, s. 217–234). Autor ukazuje relację pomiędzy cierpieniem człowieka a indywidualnym systemem wartości. To, co człowiek zdobył, do czego dąży, ma dla niego określoną wartość. Szcze-

gólną rolę w życiu człowieka odgrywają wartości naczelne, które „nie tyle decydują o poszczególnych krokach człowieka, ile wyznaczają indywidualną drogę życiową”. J. Koziński (1998, s. 221) wymienia takie typy hierarchii wartości, jak: dionizyjska, heraklesowa, prometejska i apollinijska. Nie wyczerpują one różnorodności stylów ludzkiego życia, jak i nie występują w czystej postaci. Typy mogą się ze sobą mieszać. Są jednak pewne układy wartości, które się wykluczają i trudno je w życiu pogodzić.

Hierarchia dionizyjska, w której priorytetowymi wartościami są: wygodne życie, komfort i konsumpcja. Człowiek preferujący taką hierarchię wartości kieruje się zasadą „Życie znaczy mieć, mieć znaczy używać” (Koziński 1998, s. 221). Ta hierarchia znajduje wyraz w działaniach jednostki nastawionych na konsumowanie dobrodziejstw, które niesie cywilizacja.

W hierarchii heraklesowej dominują, takie wartości jak: władza, prestiż, sława. Ta hierarchia wartości znajduje wyraz w działaniach jednostki skierowanych na pomnażanie swojej władzy i prestiżu. We współczesnych czasach odpowiada to dążeniom człowieka do sukcesu i wspominaniu się po szczytach kariery zawodowej.

Hierarchia prometejska wywodzi się z dominacji wartości skierowanych na dobro innych ludzi. Są nimi np. wspólnota, dobro, tolerancja, altruizm. Człowiek, który kieruje się taką hierarchią wartości, potrafi oprócz siebie dostrzec innych ludzi. Chętnie angażuje się w projekty na rzecz słabszych, pokrzywdzonych i dyskryminowanych.

Hierarchia apollinijska odpowiada takim dominującym wartościom, jak: wiedza, prawda, sztuka i piękno. Ta hierarchia wartości wyzwala w ludziach twórczy, innowacyjny styl życia, który prowadzi do powstawania nowych materialnych i symbolicznych wytworów kulturowych.

Hierarchia sokratejska odpowiada takim wartościom, jak: tożsamość, samodoskonalenie się, samorozwój. Człowiek, dzięki tym wartościom, dąży do poznania i zrozumienia siebie, określenia swojej tożsamości indywidualnej i społecznej. Podejmuje on działania mające na celu doskonalenie oraz rozwój, poszerzanie kompetencji osobowych, społecznych i zawodowych.

Przydatność omówionej typologii polega na tym, że „Znając sposób wartościowania preferowany przez danego człowieka, łatwiej można przewidzieć jego styl życia” (Koziński 1995, s. 225). I odwrotnie na podstawie stylu życia człowieka, jego stosunku do rzeczywistości, można wnioskować o jego hierarchii wartości. Oznacza to, że jeśli człowiek będzie najwyżej cenił władzę, sławę, to będzie dążył do zapewnienia sobie możliwości uzyskania jej oraz kontrolowania, sterowania innymi ludźmi.

Józef Koziński (1998, s. 219, 226) umieścił cierpienie w przestrzeni indywidualnych wartości człowieka. Cierpienie jest negatywnym stanem emocjonalnym na skutek utraty i zagrożenia wartości naczelnych oraz niemożli-

wości zapewnienia ich wzrostu. Cierpienie ma wiele odmian. Badacz nie neguje znaczenia cierpienia dla rozwoju człowieka, co szczególnie mocno jest wyeksponowane, np. w koncepcji Viktora E. Frankla⁴, czy Alfreda Adlera⁵. Znaczenie cierpienia w życiu człowieka najpełniej oddają słowa Jana Szczepańskiego (1984, s. 10), który uważa, iż „bez cierpienia nie mam korekty dążeń ludzkich i nie ma dążenia do doskonałości”.

Trudno jest zinterpretować przedstawione w opracowaniu wypowiedzi na temat zjawiska rywalizacji i wyścigu szczurów bez odniesienia do procesu lokowania się jednostki w strukturze społecznej. Stanowi ona sieć powiązań pomiędzy ekonomicznymi, politycznymi i kulturowym aspektami życia w społeczeństwie. Struktura społeczna dotyczy podziału w społeczeństwie takich dóbr, jak: wykształcenie, władza, praca, prestiż, dochody, własność (Hurelmann 1994, s. 81). Warto zaznaczyć, że społeczeństwach wysoko uprzemysłowionych rozdział wymienionych dóbr cechuje się dużym stopniem nierówności (zob. Bourdieu, Passeron 2006), co wzmaga wśród ludzi nastawienia rywalizacyjne. Znaczący problematyki, w tym Anna Firkowska-Mankiewicz (1999, s. 16–19) podkreśla, iż karierę i sukces życiowy należy ujmować w wymiarze materialnym, prestiżowym, jak i samorealizacyjnym. Zdaniem autorki, trudno jest ustalić obiektywne kryteria, dzięki którym można analizować dążenie jednostki do sukcesu. Istnieje potrzeba doszukiwania się relacji pomiędzy powodzeniem życiowym człowieka, a jego indywidualnym systemem wartości. Postawa jednostki wobec zjawiska rywalizacji, dążenie do sukcesu zależy od tego, co ona uważa za cenne i warte zabiegania. Z badań wynika, że niepełnosprawni nie są nastawieni rywalizacyjnie. Omówione przypadki łączy to, że odżegnują się od świadomego udziału w tzw. wyścigu szczurów.

Z wypowiedzi Jacka wylania się styl życia i hierarchia wartości, które są ukierunkowane na własne tempo rozwoju indywidualnego, rzetelność w wykonywaniu pracy, co odpowiada hierarchii sokratejskiej. Ważny aspekt w życiu Jacka stanowi praca wychowawcza z młodymi diabetykami, która daje mu szansę realizowania siebie poprzez działania pomocowe na rzecz innych niepełnosprawnych. Na podstawie można wnioskować, iż w życiu Jacka istotną rolę odgrywają wartości prometejskie.

Marta, co prawda, używa pojęcia sukces w odniesieniu do własnej biografii, ale ma na myśli pokonywanie własnych ograniczeń, słabości, jak i indywidualny rozwój. Wspomina o tym, że brak jej przebojowości. Badana

⁴ Zdaniem V. E. Frankla (1978), sytuacje cierpienia, zagrożenia życia, pozwalają człowiekowi odkryć głębię wartości i sensu życia.

⁵ Według A. Adlera (1986), poczucie niewydolności jest cierpieniem pozytywnym. Wyzwała ono dążenie do kompensacji i przezwyciężania poczucia niższości, co w konsekwencji prowadzi do rozwoju.

dostrzega potrzebę dalszego kształcenia. Marta, podobnie jak Jacek, odczuwa potrzebę działania na rzecz innych i pokrzywdzonych przez los ludzi: *Uświadomiłam sobie, że mogę pomagać jeszcze bardziej potrzebującym pomocy.* Z wypowiedzi Marty wynika, że jej postawę wobec siebie, świata i innych ludzi wyznaczają wartości prometejskie i sokratejskie.

Paweł jest przykładem osoby, która nie chce uczestniczyć w rywalizacji wymykającej się spod kontroli. Świadczy o tym krótkie stwierdzenie: *Wyścig szczurów to nie dla mnie.* Dla niego jedyną formą uczestnictwa w wyścigu jest chęć zmagania się z nierozwiązanym problemem w informatyce, w której się specjalizuje. Paweł poprzez współzawodnictwo w pisaniu dobrych programów może potwierdzić własne kompetencje. Choć o tym badany nie wspomina, to zapewne chce uzyskać uznanie wśród współpracowników. Dla Pawła nie są istotne pieniądze. Rozmowy ze współpracownikami na temat zarobków, inwestycji są nudne. Paweł odczuwa wzmożoną potrzebę uczenia się i poszerzania zawodowych umiejętności. Świadczy o tym wypowiedź: *Czasami siedzę i inhaluję grube książki [...] nigdy nie wiadomo, kiedy się to przyda.* Styl życia Pawła ukierunkowany na twórcze i racjonalizatorskie działania oraz samorozwój odpowiadają hierarchii apollińskiej i sokratejskiej.

Podobieństwo przedstawionych osób niepełnosprawnych polega na tym, że z ich wypowiedzi wylania się prometejska, sokratejska i apollińska hierarchia wartości. W materiale werbalnym nie ma przykładów, które świadczyłyby o dążeniach niepełnosprawnych do władzy, sławy. W wypowiedziach badanych niepełnosprawnych nie można doszukać się cech stylu życia charakterystycznego dla współczesnej kultury, takich jak: pragmatyzm, sukces za wszelką cenę, szybki awans, konsumpcjonizm, chęć posiadania dóbr materialnych i nastawienie na przyjemność. Zastanawiające jest podobieństwo badanych osób dotyczące niechęci do uczestnictwa w rywalizacji i wyścigu szczurów. Badani mają dużą świadomość siebie, w tym własnych ograniczeń. Swoje życie starają się ukierunkować w taki sposób, aby miało ono głębszy sens. Dociekań wymagałoby poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, gdzie tkwią źródła orientacji „być”, która u badanych zdominowała orientację „mieć”. Istnieje wiele hipotez⁶, które mogą wyjaśniać dystans niepełnosprawnych do rywalizacji. W opracowaniu przyjąłem kierunek myślenia, który nawiązuje do opracowań Frankla (1978), Kozielskiego (1998), Szczepańskiego (1978), iż cierpienie pozwala jednostce urealnić abstrakcyjność wartości oraz nadać życiu głębszy sens. Z materiału badawczego, który ze względów redakcyjnych nie został w opracowaniu przedstawiony w całości, wynika, że niepełnosprawni doświadczyli różnych odmian cierpienia. Wiązało się ono

⁶ Nie można również lekceważyć stanowiska K. Horney (2005), która doszukuje się związku pomiędzy neurotyzmem a rywalizacją. Duży poziom neurotyzmu może zwiększać tendencje rywalizacyjne, jak i powodować tendencję do wycofywania się z współzawodnictwa.

z utratą takich wartości, jak: zdrowie, godność osobista. Świadczą o tym wypowiedzi dotyczące zabiegów rehabilitacyjnych, troski o dietę, ograniczeń lokomocyjnych. Inny wymiar cierpienia mają doświadczenia badanych związane z dyskryminacją ze względu na niepełnosprawność. Jeden z badanych wspomina, że *Od dziecka, od zawsze, kiedy pamiętam inne dzieciaki mówiły, że jestem kaleka, kuternoga, kurza łapka. Nie wiem, czemu kurza? Nie wiedziałem kury tak pokrzywdzonej jak ja.* Przykładem cierpienia na skutek jawnych praktyk dyskryminacyjnych są wypowiedzi Jacka i Marty dotyczące traktowania niepełnosprawnych, jako mniej przydatnych pracowników: *My nie chcemy żyć w kłamstwie i obłudzie. Chcemy być zauważani i, aby nasza praca była równie ważna i przydatna* (wypowiedź Marty).

Badane osoby doświadczyły cierpienia w związku z trudnościami w osiąganiu, takich wartości jak: wiedza, wykształcenie, praca, tożsamość (osobista i zawodowa). Biografie badanych osób łączy to, iż ich aktualna sytuacja osobista i zawodowa jest okupiona ciężką pracą, walką z przeciwnościami losu oraz nietolerancją pełnosprawnych.

Zakończenie

Koncepcja Józefa Kozielskiego stanowi jedną z wielu perspektyw pozwalającą, w jakimś stopniu, zrozumieć egzystencjalne wątki życia współczesnego niepełnosprawnego człowieka. Ludzie, bez względu na to, czy są pełnosprawni, czy niepełnosprawni, podejmują działania, aby przekroczyć granice dotychczasowych osiągnięć. Może to być przewyciężenie własnych ograniczeń, zdobycie wiedzy, wykształcenia, miejsca pracy, uzyskanie niezależności, władzy itp. Z badań wynika, że indywidualna hierarchia wartości człowieka decyduje o tym, na co on ukierunkowuje swoje życie i dążenia.

Z rozważań wynika, że kultura rywalizacji odciska swój ślad na osobowości człowieka. Wypowiedzi pełnosprawnych osób świadczą o tym, że funkcje rynku i sukces stanowią czynnik rozwoju jednostki. Ekonomiczno-handlowe podejście do wartości powodują, iż człowiek jest traktowany jak towar. Zdaniem Ericha Fromma (1996, s. 63), „do odniesienia sukcesu nie wystarczy posiadanie uzdolnień i zalet charakteru umożliwiających wykonanie zadania [...], potrzebne jest również «dokonanie transakcji» na własnej osobowości w konkurencji z innymi”. Wynika z tego, że jednemu człowiekowi wystarczy potwierdzenie własnych kompetencji przed samym sobą, a drugiemu potrzebny jest udział w wyścigu i doświadczane sukcesu na tle przegranej innych ludzi. Taki obraz współczesnego świata i kultury rywalizacji oddają wypowiedzi pełnosprawnych osób. W podejściu do sukcesu i kariery zawodowej pomiędzy osobami pełnosprawnymi a niepełnosprawnymi rysują

się widoczne różnice. Opracowanie w żaden sposób nie przesądza o tym, że wśród pełnosprawnych nie ma ludzi, którzy są świadomi bezsensu wyścigu szczurów i jego psychicznych kosztów. Świadczy o tym wypowiedź osoby pełnosprawnej: *Taka postawa? Nie dla mnie. Mam swoje możliwości i chcę pracować na tyle, na ile one mi pozwalają. Nie chcę być „cyborgiem”, który będzie się eksploatował ponad swoje siły. Nie mam zamiaru się wypalić się po pięciu latach i żyć potem na psychotropach*” (cyt. za: Synowec 2007, s. 14).

Opisane przypadki osób niepełnosprawnych łączy podobieństwo w poszukiwaniu sensu życia, orientacja na hierarchię wartości sokratejskich, prometejskich i apollińskich, co pozwala im się zdystansować wobec zjawisk rywalizacji i wyścigu szczurów, które cechują współczesną kulturę. Takie tendencje wyłoniły się z badań pilotażowych i były również dużym zaskoczeniem dla autora niniejszego opracowania. Z tego względu w tekście opisano właśnie tę kategorię osób (wybrane przypadki). Nie oznacza to, że wśród niepełnosprawnych nie ma takich, którzy rywalizują i hołdują wartościom dionizyjskim oraz heraklesowym.

Przedstawione w rozdziale treści nie wyczerpują wszystkich wątków dotyczących zjawiska rywalizacji i cierpienia. Tekst stanowi jedynie przyczynek do badań w tym zakresie i rodzi potrzebę bardziej pogłębionych badań. Z opracowania wynika, że pomiędzy cierpieniem a postawami wobec zjawiska rywalizacji we współczesnym świecie można się doszukiwać związku, choć jest to problem bardzo złożony. Zdaniem Kozińskiego (1998, s. 230) „Żyjemy w czasach lękotwórczej cywilizacji i brak nam sił, aby się z niej wyzwolić”. Chaos kulturowy, relatywizm, ambiwalencja wartości i postaw, szybkie tempo życia, pogoń za dobrobytem materialnym, sukcesem życiowym powodują, że łatwo jest wpaść w pułapki cywilizacyjne oraz coraz trudniej jest osiągnąć równowagę psychiczną, poczucie spełnienia i satysfakcji życiowej (szerzej na ten temat: Eichelberger 2003, s. 9–12; Bauman 1995, s. 22 i 57; Melosik 1995, s. 146–166; Gnitecki 1999, s. 194–200). Analizowane przypadki niepełnosprawnych osób zmuszają do refleksji. Cierpienie, którego doświadczyli w przeszłości, pozwoliło im odkryć sens życia, rozszerzać samoświadomość oraz unikać pułapek cywilizacyjnych związanych z pogonią za sukcesem, konkurencyjnością i rywalizacją. Można wnioskować, że niepełnosprawni bardziej rywalizują ze sobą i własnymi ograniczeniami niż z innymi ludźmi.

Bibliografia

Adler A. (1986), *Sens życia*, Warszawa.

Bauman Z. (1995), *Ciało i przemoc w obliczu ponowoczesności*, Toruń.

Bąbka J. (2006a), *Sensotwórczy charakter cierpienia osób niepełnosprawnych – w świetle koncepcji Alfreda Adlera*, Paedagogia Chrystiana, nr 1 (17), red. J. Bagrowicz, J. Binnebesel, Toruń.

Bąbka J. (2006b), *Znaczenie doświadczeń edukacyjnych dla formowania się tożsamości osób niepełnosprawnych – analiza przypadku*, w: Z. Palak, A. Lewicka, A. Bujnowska (red.), *Jakość życia a niepełnosprawność*, Lublin.

Bąbka J. (2007), *Niedopasowanie się niepełnosprawnego dziecka do szkoły źródłem cierpienia i zagrożeń rozwoju – na przykładzie osoby dotkniętej epilepsją* (w druku).

Benedict R. (1999), *Wzory kultury*, Warszawa.

Bourdieu P., Passeron J.C. (2006), *Reprodukcja*, Warszawa.

Eichelberger W. (2003), *Krótko mówiąc*, Warszawa.

Firkowska-Mankiewicz A. (1999), *Zdolnym być... Kariery i sukces życiowy warszawskich trzydziestolatków*, Warszawa.

Frankl V.E. (1978), *Homo patiens*, Warszawa.

Fromm E. (1996), *Niech się stanie człowiek*, Warszawa.

Gnitecki J. (1994), *Zarys pedagogiki ogólnej*, Poznań.

Grzeszczuk E. (2003), *Sukces. Amerykańskie wzory – polskie realia*, Warszawa.

Hajduk E. (2001), *Kulturowe wyznaczniki biegu życia*, Warszawa.

Hofstede G., Hofstede G. J. (2007), *Kultury i organizacje*, Warszawa.

Horney K. (2005), *Neurotyczna osobowość naszych czasów*, Poznań.

Hurelmann K. (1994), *Struktura społeczna a osobowość*, Poznań.

Kozielecki J. (1995), *Psychologiczne koncepcje człowieka*, Warszawa.

Kozielecki J. (1998), *Człowiek wielowymiarowy*, Warszawa.

Kozielecki J. (2004), *Społeczeństwo transgresyjne. Szansa i ryzyko*, Warszawa.

Kwater E. M. (2007), *Wyścig szczurów – za i przeciw*, Patos, nr 2.

Melosik Z. (1995), *Postmodernistyczne kontrowersje wokół edukacji*, Poznań.

Melosik Z. (2004), *Kultura popularna jako czynnik socjalizacji*, w: Z. Kwiecinski, B. Śliwerski, *Pedagogika*, t. 2, Warszawa.

Niezgoda A. (2003), *Dzieci skazane na sukces*, Polityka, nr 38.

Synowiec J. (2007), *Nasza sonda*, Patos, nr 2.

Szczepański J. (1978), *Sprawy ludzkie*, Warszawa.

Sztompka P. (2002), *Socjologia*, Warszawa.

Szymański M. (1996), *Selekcyjne funkcje szkolnictwa a struktura społeczna*, [b.m.w.].

Ziółkowski M. (1994), *Pragmatyzacja świadomości społeczeństwa polskiego*, *Kultura i Społeczeństwo*, nr 4 (41).

Źródła internetowe

Wyścig szczurów, Polska Wikipedia, <http://pl.wikipedia.org>

Wyścig szczurów sprzyja depresji, Zdrowie i Medycyna, Serwis Student NEWS, <http://studentnews.pl>, stan na 27 października 2007 r.

Wyścig szczurów, Rozwój, Serwis Studiuuj.pl, <http://www.studiuuj.pl>, stan na 27 października 2007 r.

Szczepaniak K., *Wyścig szczurów 2*, Serwis Korba.pl, <http://praca.korba.pl>, stan na 27 października 2007 r.

Nie niebieskie ptaki, Tygodnik onet.pl, <http://tygodnik.onet.pl>, stan na 27 października 2007 r.



Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błeszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Amadeusz Krause

Katedra Pedagogiki Specjalnej
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ W KONTEKŚCIE SPOŁECZNYCH ŹRÓDEŁ CIERPIENIA

Problem cierpienia w przypadku niepełnej sprawności kojarzony jest głównie z bólem fizycznym, np. stanów chorobowych, trudu radzenia sobie z określoną dysfunkcją, z wysiłkiem rewalidacji, chorobami towarzyszącymi itd. Cierpienie w sensie psychicznym podnoszone jest najczęściej w kontekście problemów akceptacji własnej dysfunkcji, pogodzenia się z koniecznością rehabilitacji czy kompromisem w sposobie funkcjonowania. Najbardziej, głównie przez ich niewymierność i subiektywność, rozpatrujemy tzw. społeczne źródła cierpienia, do których w pierwszej kolejności zaliczyłbym trud bycia „innym”, zmaganie się z uwarunkowaniami i wymogami społecznymi konstruowanymi na potrzeby ludzi sprawnych.

Sytuacja diagnozy społecznych źródeł cierpienia i ich następstw nie jest zadaniem łatwym, jak by się w pierwszej chwili wydawało. Pomimo wieloletniej tradycji pedagogiki specjalnej, opracowań z zakresu społecznego funkcjonowania ludzi niepełnosprawnych i trudności integracyjnych, na jakie osoby te w swoim życiu natrafiają, kwestia psychicznych następstw „bycia innym” pozostaje nadal aktualna. Wynika to z co najmniej dwóch powodów. Po pierwsze subiektywny odbiór społecznych źródeł cierpienia nie tylko trudno zbadać, ale i czasami nawet samemu sobie uświadomić. Większość analiz społecznego funkcjonowania osób niepełnosprawnych zajmuje się utrudnieniami wymiernymi, typu izolacja, przeszkody architektoniczne, zatrudnienie zawodowe, kontakty społeczne itd. W dominującej w pedagogice do lat dwutyśnych obiektywistycznej strategii badań, interpretacje zachowań osób

z niepełnosprawnością w kontekście odczuwania „inności” należały do rzadkości lub uzupełniały „właściwy” ilościowy materiał empiryczny. Przykładem zjawisko samoizolacji osób niepełnosprawnych i ich rodzin. Pomimo statystycznych danych o zjawisku¹, nie wiemy do końca czy jest ono wynikiem zwiększonego zaangażowania w proces rehabilitacji, koncentracji na własnej niepełnosprawności, konsekwencją czy lękiem na negatywne reakcje społeczne, ewentualnie wynikiem uświadomionego - nieuświadomionego cierpienia z powodu „inności”.

Drugi powód konieczności analiz społecznych źródeł cierpienia wynika z ich zmienności. O ile zrozumiąle jest, że niepełnosprawni żyją w odmiennych warunkach społecznych od tych, jakie opisywali prekursorzy i liderzy polskiej pedagogiki specjalnej (np. M. Grzegorzewska, J. Doroszevska, A. Hulek, J. Kirejczyk), o tyle nie zawsze zauważamy dynamikę i ambiwalentny charakter tej zmiany na przestrzeni ostatnich lat. Przykładom humanizacja życia osób niepełnosprawnych w krajach wysokorozwiniętych, równouprawnienie, integracja i normalizacja, którym to towarzyszą postulaty legalizacji eutanazji, selekcji i prewencji genetycznej². W tym sensie dezaktualizacja sytuacji społecznych ma charakter dynamiczny i a konsekwencje dla osób niepełnosprawnych stają się trudno przewidywalne.

Źródła społecznego cierpienia a niepełnosprawność

Charakter zmiany społecznych źródeł cierpienia oddają w dużej mierze diagnozy postmodernistów wskazujących na zanik ciągłości, przejrzystości i prawidłowości rozwojowych współczesnych społeczeństw. Skalę trudność życia w świecie ambiwalentnym, pozbawiającym jednostkę przywilejów bezpieczeństwa, zróżnicowanym i na nowo różnicującym, ilustruje książka Zygmunta Baumana *Ponowoczesność jako źródło cierpień*³. Prezentując w niej bohaterów i ofiary ponowoczesności, Z. Bauman pierwszy raz w takim wymiarze zwraca uwagę na niebezpieczeństwa epoki ponowoczesnej i indywidualne zróżnicowanie w możliwościach przystosowania się do nowotworzonych konstrukcji. O ile zatem w ewolucji świata nowoczesnego mamy do czynienia z indywidualną dystrybucją społecznego ryzyka oderwanego od klasy i warstwy społecznej (por. Beck 1987), o tyle w ponowoczesności (nazwanych przez innych późną nowoczesnością) dochodzi do tego nieuporządkowany konsumpcjonizm, niekontrolowany, nierzadko egoistyczny

¹ H. Borzyszkowska, *Izolacja społeczna rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym*, Gdańsk 1997.

² F. Fukujama, *Koniec człowieka*, Warszawa 2004.

³ Z. Bauman, *Ponowoczesność jako źródło cierpień*, Warszawa 2000.

hedonizm, niepokój pokus, poczucie zgubienia i porzucenia, manipulacja rynku itd.

Wszystkie te objawy współwystępujące jednocześnie i równolegle, potęgują faktycznie odczuwalne konsekwencje globalizacji. Ta ostanía przestaje być jedynie pojęciem medialnym, ekskluzywnym hasłem intelektualistów, stając się odczuwalnym zjawiskiem dla zwykłego człowieka w najmniejszym zakątku Polski. Transfer w dalekie rejony świata czynności prostych i w krajach wysokorozwiniętych nieopłacalnych, nierówność szans konsumpcyjnych, przy jednoczesnej globalnej ofercie informatycznej, konsumpcyjnej, łatwej mobilności, ujednoliceniu pragnień, pokus i ich w zaspokajania, odczuwają również osoby niepełnosprawne. Pytanie niejednokrotnie zadawane przez pedagogów specjalnych czy zmiany społeczne należy zatem rozpatrywać w kategorii szans czy zagrożeń dla tej grupy osób staje się o tyle bezprzedmiotowe, że są one jednym i drugim.

Szanse wynikają z rozpowszechniania prostych wzorców konsumpcyjnych, równouprawnienia, honorowania potrzeb i dążeń pojedynczego człowieka, zwiększenie różnorodności akceptowanych wyborów, stylów życia i funkcjonowania. Problem w tym, że współczesne wzorce konsumpcyjne nie tolerują niewydolności. Miarą współczesnego człowieka staje się potencjał konsumpcyjny i indywidualne możliwości jego pomnażania. **Brak zdolności konsumpcyjnych to największa skaza i cierpienie ponowoczesności.** Socjalne przywileje i pomoc dla ludzi niepełnosprawnych w Polsce, będące najczęściej pod presją oszczędności w finansach publicznych, zdolności tej nie gwarantują. Nie chodzi bowiem o minimum egzystencji, lecz o ponowoczesne prawo do „konsumpcji przyjemności”. Tę szansę zdobywamy aktywnością zawodową. Brak pracy, jak to mam miejsce u większości osób z niepełnosprawnością⁴ to nie tylko cierpienie niedosytu konsumpcyjnego, to również wykluczenie z większości, dla wielu, w subiektywnym odczuciu, z normalności. Same posiadanie pracy natomiast nie uwalnia od niepokoju zagrożenia jej utraty. W ponowoczesności panuje tymczasowość. „Żadna posiadania nie jest na wieki poręczona – przypomina Z. Bauman⁵ – żadne stanowisko zabezpieczone przed kaprysami losu, żaden zawód odporny na zrab czasu, żadne umiejętności nie są wyposażone w gwarancje rynkowej wartości”.

Cierpienie z niepokoju, braku bezpieczeństwa, gwarancji na daleką przyszłość nie omija większości, w tym również osób niepełnosprawnych. Racjonalizacja i komplikacja produkcji, ograniczanie projektów wspomagających, brak przejrzystych a przede wszystkim stałych mechanizmów finansowania organizacji, fundacji, instytucji wspierających i zatrudniających osoby niepełnosprawne wzmacnia niepokój, którego wcześniej w tej grupie osób nie było.

⁴ W. Otrębski, *Osoby z upośledzeniem umysłowym w sytuacji pracy*, Lublin. 2001.

⁵ Z. Bauman, dz. cyt., s. 47.

W tym kontekście zrozumiałe stają się współczesne rozszerzone postulaty normalizacji, zakładające prawo osoby niepełnosprawnej do pracy, wypoczynku, urlopu (niezależnie czy pracuje zawodowo czy bierze udział w aktywnej rewalidacji), spędzania czasu wolnego w porównywalnej ofercie z osobami pełnosprawnymi. Największy przywilej nowoczesności poza pracą jest przyjemność spędzania wolnego czasu. Dla niepełnosprawnych „wyjście z społecznego cienia” mi. poprzez udział w wycieczkach, koncertach „obecność” w restauracjach, centrach handlowych i miejskich pasażach, to szansa powrotu do grona „normalnych”, a co za tym idzie powrotu (utrzymania) „normalności”.

O ile niewydolność konsumpcyjną i jej następstwa, można poprzez działania ochronne w pewnym stopniu skompensować, o tyle z innym realnym zagrożeniem ponowoczesnej konsumpcji walczyć będzie trudno. Chodzi zarówno o samotność konsumowania, jak i wolność konsumowania nieskrępowanego. Czystość konsumenckiego życia – pisze Z. Bauman - znajduje wyraz w dwóch sprzecznych żądaniach kierowanych pod adresem władz państwowych. „Z jednej strony wymaga się od państwa, by powiększało nadal wolność wolnych konsumentów, [...]. Z drugiej strony wymaga się od Państwa, by energiczniej zajęło się następstwami spełnienia pierwszego żądania: artykułowane najczęściej, jako postulat ochrony ładu i rządów prawa [...]. Idzie o to, by poskromić i trzymać w posłuszeństwie tych wszystkich, których kwalifikacje konsumenckie ekspansja wolności konsumenckiej zdewaluowała, pozbawiając ich siły nabywczej. Tacy ludzie obciążają kasę państwową, czyli w ostatecznym rozrachunku kieszeń podatnika – a więc starać się trzeba o to, by uwolnić się od ich roszczeń możliwe tanim kosztem”⁶.

Taka presja minimalizacji kosztów socjalnych w przypadku osób niepełnosprawnych prowadzić będzie do systemu zasiłków przy braku realnych możliwości zatrudnienia, do minimalizacji refundacji świadczeń podstawowych, przy kwalifikowaniu innych świadczeń, jako dobra luksusowe (aczkolwiek w innych grupach społecznych uznanych za oczywiste).

Uwolnienie się tanim kosztem, o którym pisze Bauman, to z jednej strony zaspokojenie podstawowych potrzeb, z drugiej wydalenie potrzebujących z dalszych obszarów powszechnej konsumpcji. W tych bowiem niewydolność, wręcz sama niepełnosprawność i jej następstwa stają się niezręczne, krępujące, wzbudzające poczucie winy i obowiązku powinności wobec innych. Tak, jak żebracy zdaniem francuskiego ministra spraw wewnętrznych, „wzbudzają zdenerwowanie i lęk wśród klientów”⁷ w centrach handlowych, tak i niepełnosprawni zdaniem niemieckiego sądu, poprzez nieestetyczny wygląd

⁶ Z. Bauman, dz. cyt., s. 30.

⁷ Por. „Le Monde” z 4 sierpnia 1995, za: Z. Bauman, dz. cyt., s. 31.

i nietypowe zachowanie przeszkadzają w przyjemności konsumpcji w hotelowej restauracji⁸.

W sukurs idzie instytucjonalizacja troski „o najsłabszych społecznie”, usprawiedliwiająca z jednej strony wysokie obciążenia podatnika, z drugiej strony zdejmująca z grup ludzi sprawnych moralny obowiązek pomocy, opieki i towarzyszenia w trudzie niepełnej sprawności. Praktyczną konsekwencją deprywatyizacji tej troski jest obojętność przeważającej liczby klientów supermarketów na akcje dobroczynne prowadzone przed tymi „świątyniami konsumpcji”. W skrajnych przypadkach mamy do czynienia z zakazem takich akcji przez właścicieli sklepów lub „dziwnymi” reakcjami klientów typu ucieczka, niedostrzeganie kwestujących, różne usprawiedliwienia braku ofiarności, agresja itd.

W kontekście powyższego istnieje realna obawa, że przy wzroście społecznej akceptacji dla ponowoczesnych wzorów konsumpcyjnych, te mogą stać się kolejną barierą integracji, różnicujących niepełnosprawnych według zdolności podporządkowania się (nieprzeszkadzania) w stylu funkcjonowania. Praktyczne rozumienie niepełnosprawności, upośledzenia, „integracyjności”, „przydatności”, „uciążliwości” społecznej itd., może wskazywać na utrzymywanie się negatywnych znaczeń zakotwiczonych we wzorcach konsumpcyjnych i sytuacjach życia codziennego. Badania potwierdzają bowiem, iż pomimo najczęściej deklarowanego, pozytywnego stosunku do osób niepełnosprawnych, stosowane w dyskursie publicznym pojęcia, potoczne określenia różnych niepełnosprawności i grup osób z dysfunkcjami, mają nadal wysoki charakter selekcyjny⁹.

Konsumpcyjna i hedonistyczna filozofia życia we współczesności może przyczynić się po części do redefinicji „obcego”. W pedagogice specjalnej **cierpienie w wyniku przypisania etykiety „innego”** jest powszechnie znane. Wykluczenie społeczne, aż po groźbę eksterminacji, niższy status społeczny, ubóstwo, wyizolowane ośrodki rehabilitacji to różne z znanych w historii wariantów „radzenia sobie” z problemem niepełnosprawności. Pomimo humanizacji społecznego stosunku do osób z niepełnosprawnością w samym ich postrzeganiu, zmiany następują powoli. „Niepełnosprawność ujmujemy jako opozycję normalności – pisze K. D. Rzedzicka¹⁰ – obejmując ową kategorią całość osoby. Wszelka generalizacja dokonuje redukcji, uprasza pomija niuanse. Myśląc w ten uogólniony, schematyczny sposób, przyjmujemy że różnią się od nas swoją niepełnosprawnością (jako głównym, a może jedynym wyróżni-

⁸ Por. A. Krause, *Integracyjne złudzenia ponowoczesności*, Kraków 2000.

⁹ Por. niepublikowana praca doktorska A. Woynarowska, „Publiczny dyskurs i doświadczenie indywidualne niepełnosprawności intelektualnej”, Obrona UG w Gdańsku, czerwiec 2006. ...

¹⁰ K. D. Rzedzicka, *Normalność/niepełnosprawność z perspektywy Innego*, w: E. Górniewicz, A. Krause (red.), *Dyskursy pedagogiki specjalnej. Od tradycjonalizmu do ponowoczesności*, Olsztyn 2002, s. 24.

kiem) i wokół tego budujemy ich obraz, zapominając usuwając w cień wszystko inne, także to co podobne”.

W kontekście zmian określanych pojęciem ponowoczesności, szczególnie równouprawnienia inności, tolerancji, ambiwalencji, presji de hierarchizacji, prywatyzacji i deregulacji, wydawałoby się, że kategorie „Innego” niepełnosprawnego osłabną. W pewnym sensie tak jest, problem jednak w tym, że ponowoczesność ma „swoich obcych” do których w pewnych okolicznościach mogą zastać zaliczeni niepełnosprawni. Obcy ponowoczesności to najogólniej mówiąc „tolerowani przegrani”. O ile bowiem w nowoczesności żyjący na „randzie” społeczeństwa podlegali (z różnym skutkiem) działaniom ratunkowym (reintegracyjnym, wspierającym, rewalidacyjnym), o tyle ponowoczesność takiej konieczności nie uznaje. Rand jest nieokreślony i płynny. Bycie na nim oznacza (lub skutkuje) dla pozostałych niewiele. Obcy ponowoczesności – pisze Z. Bauman¹¹ – pozostają za ogólną (radosną, albo zrezygnowaną) zgodą stałym elementem krajobrazu. „Obecność obcych nie jest już dziś kłopotem przejściowym, domagającym się środków zaradczych, i nie chodzi już dziś, jak się jej pozbyć: o to dziś idzie jak współżyć z „obcością” na co dzień i na stałe”¹².

Ta gloryfikacja różnorodności i tolerancji inności, tak skrętnie podchwyciona przez wielu ponowoczesnych piewców, jako zapowiedź pozytywnej zmiany w stosunku do obcego, może okazać się zatem złudzeniem¹³. U jej źródeł nie leży bowiem empatia, lecz obojętność, nie chęć integracji lecz ogólna dezintegracja. Wprawdzie konsekwencje nowego wydają się w pierwszym momencie pożądane, mogą okazać się w przyszłości zgubne. Tolerancja, jako wynik spadku zainteresowania życiorysem pojedynczego człowieka, akceptacja bez wysiłku towarzyszenia, koegzystencja bez zrozumienia, itd., przybierają charakter porzucenia. Przykładem współczesne tendencje opieki społecznej w krajach wysokorozwiniętych, gdzie realizacja postulatów normalizacji skutkuje samodzielnym zamieszkaniem osoby niepełnosprawnej w kamienicach, blokach wśród ludzi pełnosprawnych. Cóż po tym, że jest to zamieszkanie wprawdzie społecznie akceptowane i bez naznaczania, jeśli jest ono ograniczone do niezbędnego, typowego dla współczesnego sąsiedztwa, minimum relacji międzyludzkich?

Życie ponowoczesne zatem, to nie tylko przywilej sprywatyzowanej wolności, to również wolność cierpienia z i w samotności. Zjawisko, które określiłbym „integracją w konsumpcji” sprawia, że jeśli nie konsumujemy w pojedynkę czy w gronie najbliższych, to szukamy sobie równych partnerów -poszukiwaczy podobnych doznań i przyjemności. To nie współod-

¹¹ Z. Bauman, dz. cyt., s. 59.

¹² Tamże, s. 60.

¹³ Por. A. Krause, *Integracyjne złudzenia ponowoczesności*, Kraków 2000.

powiedzialność, solidarność, wspólnota, troska itd., obecnie integruje, lecz zbieżność potrzeb i możliwości ich realizacji. W tych zmienionych kryteriach „inności”, pozostanie spora grupa osób niepełnosprawnych, żyjących wprawdzie w godnych warunkach i pod instytucjonalną opieką, jednak obcych i samotnych. I to będzie prawdopodobnie najpoważniejsza konsekwencja zmian w nowoczesności – porażka tradycyjnie rozumianej integracji. Wprawdzie bycie/pozostawanie „wśród swoich” oznacza bliskość i bezpieczeństwo, zastępuje jednak „wspólnotę zrozumienia”, integracją równoległych, w pewnym sensie sobie obcych bytów w bezkonfliktowej koegzystencji.

Zakończenie

W obecnej sytuacji społeczeństwa polskiego pewne aspekty społecznego cierpienia w kontekście niepełnej sprawności wydają się rzeczywiście groźne, inne bardziej symboliczne i nieważne. Pamiętać należy jednak, że to co, uznajemy za największy sukces ostatnich kilkudziesięciu lat, to jest faktyczne „społeczne zaistnienie” osób niepełnosprawnych przyniosło nowe problemy i zadania na grunt pedagogiki specjalnej. Do największych z nich należy ryzyko porzucenia we względnym dostatku, to jest konieczność „cierpienia” z powodu inności i w samotności. Wydaje się, że rozwiązań tego problemu nie znajdziemy w tradycyjnych koncepcjach pomocy osobie niepełnosprawnej. Nie jest nim wyłącznie normalizacja, której najpełniejszym stadium jest zamieszkanie, najczęściej wyizolowane, wśród pełnosprawnych. Nie jest nią również tradycyjnie pojmowana integracja, przegrywająca w powszechnymi tendencjami dezintegracyjnymi.

O ile rzeczywiście trudno przewidzieć czy we współczesnym społeczeństwie pozbycie się przez osobę niepełnosprawną etykiety inności (obcości, nie-naturalności, nienormalności itd.) jest w ogóle możliwe, o tyle starania pedagogiki specjalnej, by zniwelować cierpienie z tego powodu, wydają się konieczne i oczywiste.

Bibliografia

- Bauman Z., *Ponowoczesność jako źródło cierpienia*, Warszawa 2000.
Borzyszkowska H., *Izolacja społeczna rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym*, Gdańsk 1997.
Fukujama F., *Koniec człowieka*, Warszawa 2004.
Krause A., *Integracyjne złudzenia ponowoczesności*, Kraków 2000.

Krause A., *Człowiek niepełnosprawny wobec przeobrażeń społecznych*, Kraków 2004.

Otrębski W., *Osoby z upośledzeniem umysłowym w sytuacji pracy*, Lublin 2001.

Rzedzicka K. D., *Normalność/niepełnosprawność z perspektywy Innego*, w: E. Górniewicz, A. Krause (red.), *Dyskursy pedagogiki specjalnej. Od tradycjonalizmu do ponowoczesności*, Olsztyn 2002.

Woynaroska A., niepublikowana praca doktorska, „Publiczny dyskurs i doświadczenie indywidualne niepełnosprawności intelektualnej”, Obrona UG w Gdańsku, czerwiec 2006.



Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błeszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Marzenna Zaorska

Wydział Nauk Pedagogicznych
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

WIELOWYMIAROWOŚĆ CIERPIENIA RODZINY DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Wprowadzenie

Określenie cierpienia – cytując definicje słownikowe – najogólniej można ująć jako: „ból, mękę, dolegliwość, przykrość. Cierpienie: fizyczne, moralne. Znosić cierpienia. Sprawić, zadać komuś cierpienie. Przysporzyć komuś cierpienie. Ulżyć komuś w cierpieniu. Koić, łagodzić cierpienia”¹. Z treści zacytowanego ujęcia cierpienia wynika, iż jest to swoisty, mało przyjemny i raczej niepożądany stan funkcjonowania fizycznego i/lub psychicznego. Stan, który na ogół kojarzy się i jest identyfikowany z konkretnymi objawami związanymi z samopoczuciem jednostki ludzkiej. Czym więc jest cierpienie? Jakie są jego przyczyny i uwarunkowania oraz konsekwencje? Odpowiedzi na zadane pytania nie są i nie mogą być – chociażby z punktu widzenia indywidualizacji odczuć i egzystencji człowieka – ani proste, ani jednoznaczne. Mogą natomiast zostać udzielone poprzez pryzmat wnikliwej analizy zachowań i reakcji ludzi pod wpływem określonych sytuacji wywołujących cierpienie. Niewątpliwie są to sytuacje trudne, frustrujące, powodujące poważne (lub w taki sposób postrzegane) przeżycia psychoemocjonalne. Przeżycia, przy zetknięciu z którymi zadawane są zasadnicze pytania o sens i wartość bycia, istnienia, jak również o źródła i celowość tych przeżyć. Jakie, wobec niniejszej konkluzji, sytuacje mogą doprowadzić do cierpienia? Zapewne są to sytuacje, kiedy

¹ M. Szymczak (red.), *Słownik języka polskiego*, t. 1, PWN, Warszawa 1978, s. 302.

spada na człowieka, jak „grom z jasnego nieba” nieoczekiwana przykrość ze strony innych ludzi czy losu, kiedy odczuwa niespełnienie oczekiwań, pokładanych nadziei, zakładanych planów, zamierzeń, kiedy przysłowiowy „świat wali się na głowę”, i kiedy czuje się bezradny wobec doświadczanych przykrości. Wtedy to pojawia się słuszne skądinąd i logiczne pytanie: dlaczego właśnie mnie dotyka cierpienie, dlaczego to akurat jestem ja, a nie ktoś inny, dlaczego muszę doświadczać zniewolenia cierpieniem? W poszukiwaniu równie logicznych prób odpowiedzi osoba doświadczająca cierpienia dochodzi do wysoce niezadowolającego wniosku, że nie ma, bo i tak naprawdę nie może być, sensownego wytłumaczenia jej psychoemocjonalnych rozterek. Jednakże taki wniosek nie przynosi oczekiwanego złagodzenia cierpienia. Jeśli nawet daje częściowe jego wytłumaczenie, w postaci braku logiki w wyborze ludzi, których dotyka sytuacja doprowadzająca do cierpienia, to nie daje tym samym odpowiedzi na wątpliwości, co sytuację takową spowodowało, i jak sobie z nią można poradzić. Dany stan rzeczy może też wiązać się z naturą ludzką, która jest tak skonstruowana, że zawsze chcemy czegoś więcej niż posiadamy aktualnie, że dążymy do tego, by żyć lepiej od innych, by pozyskiwać od życia możliwie dużo, płacąc za to nieraz słońną cenę i na dodatek czyniąc to na drodze współzawodnictwa oraz po to, by inni te nasze starania docenili, by udzielili za nie należnych gratyfikacji słownych, rzeczowych, finansowych, czy społecznych. Dopiero sytuacja niespełnienia oczekiwań studzi nasze „rozgrzane do czerwoności” zabiegi, jak przysłowiowy „dzban zimnej wody wylanej nieoczekiwanie na głowę”, wyhamowuje nasz bieg w pogoni za sukcesem, przytłumia wyszukane ambicje, pragnienie splendoru, uświadamia potrzebę widzenia wartości w sprawach oraz rzeczach drobnych, zwykłych i szarych. Uświadamia bezsensowną gonitwę, gdy posiadanie wszystkiego to jeszcze za mało, aby czuć spełnienie i satysfakcję.

Kiedy pojawia się cierpienie, zaczynamy nie tylko zastanawiać się nad jego adresatem, ale także nad tym, w jaki sposób z nim sobie poradzić. I to też nie jest proste bowiem uwarunkowane osobistą percepcją źródeł i istoty cierpienia, które nas dotyka, jak również specyfiką składu osobowości, która się w nas ukształtowała i reakcjami otoczenia na nasze zachowanie. Jeśli idzie o osobowość na podkreślenie zasługuje wrażliwość na sytuacje trudne, umiejętność odreagowania na te sytuacje oraz znajdowania możliwości złagodzenia doznawanych katuszy. Co zaś się tyczy reakcji otoczenia, jak pokazuje praktyka życia, są one na ogół współczujące, ale w taki sposób, że pogłębiają już i tak napiętą do granic wytrzymałości naszą frustrację. Wypowiedane na ogół z ciepłą życzliwością słowa: „Bądź silny”, „Na pewno sobie poradzisz”, „Zostałeś dotknięty danym niepowodzeniem właśnie ty, dlatego że jesteś w stanie znaleźć jego rozwiązanie”, „Mogło być gorzej” jeszcze bardziej wprowadzają nas w dezintegrację i zagubienie, potęgując uczucia przykre. W rzeczywistości

to wyłącznie osoba doświadczająca cierpienia z tym swoim cierpieniem sama musi sobie poradzić i pokonać je w sposób najwłaściwszy dla siebie. Nikt inny nie jest w stanie pomóc cierpiącemu, jeśli on sam sobie nie pomoże. Tym innym natomiast pozostaje wspieranie cierpiącego, „kibicowanie mu” w zmaganiu się z jego cierpieniem. Także grupy wsparcia, członkami których są osoby doświadczające identycznymi lub podobnymi okolicznościami nie zrobią nic, jeśli cierpiący nie będzie zabiegał o złagodzenie własnego cierpienia.

Niewątpliwie jedną z najczęstszych sytuacji, kiedy ludzie zostają dotknięci stanem oraz konsekwencjami cierpienia, odczuwania zagubienia w życiu i niespełnienia w roli rodzica, zawodu sprawionego innym i sobie jest przyjęcie na świat dziecka z niepełnosprawnością. Przeżycia te zdają się być wielokrotnie, jeśli dziecko obciążone jest dodatkowo niepełnosprawnością złożoną, wielozakresową, czy wizualnie widoczną, np. zespołem Downa. W literaturze przedmiotu istnieje już dość bogata, potwierdzona badaniami empirycznymi, prezentacja faz przystosowywania się rodziców do faktu niepełnosprawności dziecka oraz szczegółowy opis reakcji rodziców i ich zachowań w każdej z tych faz (np. Twardowski 1991²; Zaorska 2002³). W tym miejscu, koncentrując się na meritum, pragnę jedynie zasugerować, że cierpienie rodziców oraz rodziny dziecka z powodu jego niepełnosprawności można postrzegać w kategoriach cierpienia psychoemocjonalnego, fizyczno-somatycznego i społecznego. Cierpienie psychoemocjonalne wyraża się w nagłych i niespodziewanych reakcjach panicznego lęku, strachu (np. o siebie, o to czy jestem w stanie poradzić sobie z wyzwaniem wychowania niepełnosprawnego dziecka, czy o przyszłość takiego dziecka), płaczu, bierności, ośpieniu, krzyku, nawet agresji. Cierpienie fizyczno-somatyczne dotyczy odczuwania niczym niewytłumaczalnego bólu fizycznego, różnych stanów chorobowych, osłabienia fizycznego, podwyższonej ciepłoty ciała, wzmożonej akcji serca, podwyższonego ciśnienia krwi itd. O cierpieniu psychoemocjonalnym informują komunikaty werbalne i niewerbalne, tj. treść wypowiedzi słownych, drżenie lub zanikanie głosu, nierówne tempo mówienia oraz niewerbalne – reakcje mimiczne, pozy ciała (skulenie, przygarbienie, zwiniecie w „klębek”), drżenie rąk, chaotyczne, nieskoordynowane, skrępowane i sztywne ruchy. Cierpienie społeczne dotyczy obaw o reakcje otoczenia na dziecko niepełnosprawne i jego rodzinę. Rozbija się też o kwestie mentalne, skoncentrowane na percepcji przez ogół społeczeństwa możliwości rozwoju i funkcjonowania osób niepełnosprawnych, widzenia osoby niepełnosprawnej nie tyle przez pry-

² A. Twardowski, *Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych*, w: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, I. Obuchowska (red.), WSiP, Warszawa 1991.

³ M. Zaorska, *Potrzeby edukacyjne i rehabilitacyjne dzieci z zaburzeniami złożonymi – okres wczesnego rozwoju*, w: *Pedagogika specjalna szansą na realizację potrzeb osób niepełnosprawnych*, W. Dykciak, Cz. Kosakowski, J. Kuczyńska-Kwapisz (red.), Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego, Olsztyn–Poznań–Warszawa 2002.

zmat możliwości, ile ograniczeń, o jeszcze tak bardzo zakorzenioną stygmatyzację i tendencje izolacji niepełnosprawnych od zdrowych, tj. lepszych ludzi, i oczywiście o przyszłość dziecka w dorosłości.

Powstaje więc kolejne pytanie: co daje rodzinie dziecka niepełnosprawnego i poszczególnym członkom takiej rodziny fakt, że znalazło się w niej dziecko dysfunkcjonalne? Czy są to wyłącznie doświadczenia przykre, krepujące i wstydlive? Czy też inne, te bardziej budujące, przywracające wiarę, tworzące nadzieję i możliwości doskonalenia wnętrza ludzkiego ducha oraz osobowości? W jaki sposób analizowany fakt rzutuje na dalsze życie i prezentowane w nim postawy danych osób? I w niniejszym wymiarze nie istnieje jedynie słuszna i prosta oraz jednoznaczna odpowiedź. Oczywiście, może wystąpić rezygnacja, rozgoryczenie, obwinianie innych i siebie za doznane krzywdy, arogancja, agresja, izolacja, negacja czy wywyższanie się, ale przeważnie są to reakcje skrajne i rzadko spotykane. Dominują dodatnie – otwartości na ludzi i ich problemy, życzliwości, zrozumienia, poszanowania drugiego człowieka, pozytywnego podejścia do życia oraz świata. I o takich reakcjach rzecz będzie poniżej.

Doskonalenie osobowości (wymiar osobowościowy)

Osobowość, cytując za W. Szewczukiem, kształtuje się w procesie rozwoju, w warunkach życia społecznego. U podstaw rozwijającej się osobowości nie tkwią żadne wewnętrzne, autonomiczne siły. Jest związana z działalnością jednostki. Osobowość reguluje na najwyższym poziomie stosunki jednostki z otaczającym światem, w tym szczególnie z ludźmi, ze środowiskiem społecznym⁴. Osobowość, zdaniem autora, „stanowi nie pozorną [...], lecz rzeczywistą strukturę spełniającą kryteria ontyczne. W miarę rozwoju doskonalili się podmiotowe działania przez wykształcanie się mechanizmów samoregulacyjnych (samowiedza, samokontrola, samokorekcja, sumienie). Zajmująca centralne miejsce w tej strukturze samoświadomość jest permanentnym przeżywaniem własnego istnienia i podmiotowania działania, własnej aktywności i aktywizowania określonych obszarów doświadczenia związanych z podmiotem”⁵.

Analizując oraz transformując myśli zawarte powyżej do osób związanych z dzieckiem niepełnosprawnym (ze szczególnym uwzględnieniem dziecka wielorako niepełnosprawnego) warto zastanowić się nad kilkoma kwestiami. Skoro osobowość kształtuje się, rozwija i doskonalili pod wpływem działań jed-

⁴ Por. W. Szewczuk, *Osobowość*, w: *Encyklopedia psychologii*, Wydawnictwo Fundacja „Innowacja”, Warszawa 1998, s. 371.

⁵ Tamże, s. 372.

nostki, sytuacji, z którymi jednostka bezpośrednio się styka, i w których bierze mniej lub bardziej aktywny udział, to rzeczą logiczną jest, iż niepełnosprawność dziecka może zmienić i na ogół zmienia dotychczasowe nastawienie do świata, ludzi, otoczenia społecznego. Zazwyczaj czyni to nastawienie przenikniętym przez pryzmat własnych przeżyć, często też cierpienia oraz doświadczeń wyniesionych z faktu życia i bycia z osobą niepełnosprawną. Dodatkowo dochodzi sprawa ścierania się ogólnospołecznej wizji funkcjonowania człowieka z niepełnosprawnością z własną wizją, która powstaje w codziennym obcowaniu z takim człowiekiem i jest konstatacją obserwowanych u tegoż człowieka jego indywidualnych możliwości oraz ograniczeń, ale bardziej możliwości niż ograniczeń. Dziecko niepełnosprawne wymusza po- niekąd na osobach z otoczenia większą aktywność życiową i fizyczną, absorbuje czas i wysiłek. Dodatkowo, przy tym niewątpliwym absorbowaniu czasu i wysiłku, zmusza do takiej organizacji działań, by znaleźć jeszcze w sobie siły na kontakt z innymi ludźmi w celu zachęcenia ich do siebie i niepełnosprawnego dziecka. Bierność bowiem izoluje, nastawia negatywnie, doprowadza do wyobcowania rodziny i dziecka. To z jednej strony. Z drugiej zaś, wspomniane podejście do życia, w okolicznościach współistnienia z osobą niepełnosprawną powoduje potrzebę zastanawiania się nad sobą, nad istotą podejmowanych działań, ich celowością, sensem zmagania się z trudnościami, które przynosi każdy niemal dzień oraz własną niedoskonałością, potrzebę głębokiej analitycznej percepcji realizowanych przez siebie czynności i pojawiających się refleksji, a zatem ich syntezy, globalizacji. I wszystko to dzieje się dla dobra dziecka niepełnosprawnego bezpośrednio, ale też dla dobra osoby z dzieckiem niepełnosprawnym bytującej jakoby pośrednio. Dane zachowania powinny rzutować i na ogół rzutują na bycie lepszym i życzliwszym dla innych, na szersze rozumienie ludzkich niedoskonałości i tego, że człowiek jest istotą niedoskonałą. Rzutują również na dążność do głębszego zrozumienia siebie jako bytu rozumnego i biologicznego, ale jednocześnie też bytu duchowego, mającego do spełnienia w życiu określoną misję. Nie można doskonalić siebie i własnej osobowości bez działania, styczności z problemami oraz refleksji nad sobą i ludźmi, których dane jest nam spotkać na drodze życia, także ludźmi niepełnosprawnymi.

Bycie i życie z dzieckiem niepełnosprawnym w rodzinie bogaci osobowość o wiele cennych, a tak bardzo niedocenianych (z różnych względów, także ze względu na brak kontaktu z takimi osobami) przez większość pełnosprawnego społeczeństwa cech, zachowań i działań. Uczy więc umiejętności cieszenia się sprawami niewielkimi, prostymi i zwykłymi, szacunku do ludzi i życia. Poko- ry wobec życia, bycia użytecznym, uczciwości, prawdomówności, wrażliwości, szczodrości ducha i działania. Kształtuje potrzebę bycia pomocnym innym, przebaczenia oraz świadomość, że czasami warto z czegoś zrezygnować, po to

by później osiągnąć więcej. Doskonali intuicję. Uczy dostrzegania radości w tym, że za przyczyną licznych, tysiące powtarzanych ćwiczeń i ogromnego wysiłku włożonego w te ćwiczenia niepełnosprawne dziecko nauczy się sygnalizować swoje potrzeby, wypowiadać słowo „mama”, „tata” czy imię siostry lub brata albo trzymania łyżki w czasie posiłku. Są to osiągnięcia wielkie, niewyobrażalne wcześniej, na miarę zdobywania kosmosu przez ludzkość. I taka też jest osobowość osób stykających się z niepełnosprawnym dzieckiem, tj. osobowość doceniająca w rzeczach mało ważnych coś niebywałego i szczególnie cennego. Uczy również determinacji w działaniu, walki z przeciwnościami losu, pokonywania problemów często banalnych, takich, które, zdroworozsądkowo myśląc – nie powinny mieć miejsca. Uczy „walki z wiatrakami”, ale też takiej walki „z wiatrakami”, która mimo doznawanych porażek nie zniechęca, a jeszcze bardziej mobilizuje do dalszych zmagani realizowanych już może w inny sposób. Sprzyja wyzbywaniu się egoizmu, fałszu, zakłamania, nieautentyczności. Uświadamia znaczenie naturalnej radości. I nawet, jeżeli zmusza człowieka do czolganiania się przez życie z przeogromnym wysiłkiem, to jest to czolganianie z podniesioną głową.

Relacje z ludźmi (wymiar interakcyjny)

Fakt bycia rodziną z niepełnosprawnym dzieckiem, bycia rodzicami lub rodzeństwem dziecka niepełnosprawnego wiąże się nie tylko z dezintegracją dotychczasowego funkcjonowania rodziny, powodując wyłącznie straty. Przynosi też wymierne korzyści związane z osobowością poszczególnych członków rodziny, które częściowo wyeksponowano powyżej, ale również nowe, inne nastawienia wobec ludzi, inne sposoby realizacji interakcji międzyludzkich i nowe sposoby widzenia znaczeń tych interakcji. Nowe w sensie doświadczenia zdobytego w czasie współ-obcowania z niepełnosprawnym dzieckiem i przeniesienia tegoż doświadczenia na własne zachowanie wobec otoczenia społecznego. Jakie więc ujęcie może najlepiej scharakteryzować oraz oddać *credo* owego nowego, innego od dotychczasowego nastawienia do ludzi? Niewątpliwie oscyluje ono wokół większej otwartości, może nie tyle na mówienie o swoich problemach, ile na potrzebę wysłuchania i zrozumienia problemów drugiego człowieka oraz na chęć podjęcia działań w celu okazania pomocy; dostrzegania problemów innych, nawet tych mało istotnych, takimi, jakimi postrzega je osoba ich doświadczająca, tj. patrzenia na te problemy oczami człowieka, którego dotyczy. Dane zachowania nie tylko świadczą o życzliwym, empatycznym nastawieniu do drugiej osoby, ale także budują szacunek i zaufanie ze strony tej drugiej osoby na płaszczyźnie obopólnie satysfakcjonującej, tzn. takiej, kiedy wiemy, że jesteśmy adekwatnie rozumiani

i równocześnie takiej, kiedy mamy możliwość okazania wsparcia. Nie jest przecież „tajemnicą poliszynela”, że we wszelkich akcjach charytatywnych ci najubożsi dają najwięcej.

Analizowane zagadnienie obejmuje również zmianę sposobów realizacji interakcji międzyludzkich i podejścia do takich interakcji. Sposób realizacji interakcji międzyludzkich wiąże się z zachowaniem jednostki w procesie przebiegu wzajemnych kontaktów oraz egzemplifikuje w łatwości wchodzenia w interakcje, bez tak naprawdę nikomu niepotrzebnych zahamowań i zbędnego skrępowania, w naturalnych, wypływających z dodatnich wewnętrznych nastawień reakcjach, niewytlumianych obowiązkiem przestrzegania odgórnie przyjętych reguł „dobrych” obyczajów, które w rzeczywistości mogą oddalać od siebie partnerów w nich uczestniczących, a nie zbliżać, w operacjach niewerbalnych wyrażanych spojrzeniem, dotknięciem, objęciem czy przytuleniem. Jeśli zaś idzie o kwestię transformacji podejścia do relacji międzyludzkich, to na szczególne podkreślenie zasługuje fakt bycia tych relacji niekoniecznie w określonym celu, tj. bycia relacji dla samego ich bycia, a nie po to, by w ich rezultacie coś mierzalnego uzyskać. Aczkolwiek nie odrzucana jest celowość omawianych interakcji.

Bolączką wielką naszych czasów jest zamykanie się ludzi w swoim najbliższym otoczeniu, brak otwartości, nawet chęci utrzymywania kontaktów z drugim człowiekiem. Być może wynika to stąd, że podejmując kontakty międzyludzkie jesteśmy wyłącznie nastawieni na efekty, na cele, którym te kontakty mają służyć. Logicznym się więc staje, iż wówczas gubimy niepodważalną istotę danych kontaktów, polegającą zasadniczo na wymianie wzajemnym byciem i wymianie sobą. Wymiana wzajemnym byciem i wymiana sobą może polegać nawet na milczeniu, jeśli zachodzi takowa konieczność. Milczenie nie mówi i jednocześnie mówi tak wiele. Te cenne dary nie musi, ale może przynieść osoba niepełnosprawna.

Wartości życiowe (wymiar etyczno-moralny)

Cierpienie, które niewątpliwie jest stanem doświadczanym przez najbliższych w okolicznościach narodzin w rodzinie niepełnosprawnego dziecka, wywołuje również konieczność przemyślenia preferowanych wartości życiowych, celów, do których się dążyło oraz zmiany ich gradacji. Jeśli (a na ogół tak bywa) są to cele i wartości nakierowane na siebie, na realizację indywidualnych ambicji, na osiągnięcie wymarzonych stanowisk i pozycji społecznych, czy „uwielbienia”, na spełnianie przede wszystkim siebie, to w nowych okolicznościach nie tyle tracą one swoją dotychczasową rangę, ile przyjmują mniej wartościową, drugorzędną pozycję. Zaczyna liczyć się dziecko, jego dobro i jego

przyszłość. Wartości „powstają w procesie wzajemnego oddziaływania człowieka i otaczającej go rzeczywistości i są tworzone w relacji między człowiekiem a przedmiotem (obiektom ludzkich pożądań). [...] Kryterium wartości stanowi potrzeba, zaś miarą zaspokajania potrzeby jej wartość”⁶. Fakt niepełnosprawności dziecka zmienia dotychczasowe potrzeby rodziny, które zaczynają koncentrować się na dziecku. Zmienia też system wartości członków rodziny. Z jednej strony, są to wartości związane z życiem codziennym, z zaspokajaniem podstawowych potrzeb dziecka i członków rodziny, np. biologicznych, socjalno-bytowych. Z drugiej strony, są to wartości ponadprzedmiotowe, świadomościowe, stanowiące pochodną relacji cierpienia, bólu, zmagania z własną świadomością i myślami o sytuacji niepełnosprawności w rodzinie, tj. wartości, które zapewne były obecne w życiu członków rodziny, ale z uwagi na nowe okoliczności nabierają innej, odmiennej treści. Inaczej wobec powyższego postrzega się dobro, piękno, prawdę, szczęście czy sprawiedliwość. Inaczej oznacza to, że zostają one, obrazowo ujmując, „prześwietlone”, „przecezione” przez pryzmat codziennych zmagania z konsekwencjami niepełnosprawności dziecka oraz przemyśleń, indywidualnych analiz poszczególnych członków rodziny dziecka na temat osobistej percepcji ich istoty. Rangę dobrych uzyskują sprawy, na które pełnosprawne społeczeństwo nie zwraca nawet uwagi, pięknych – te, które przez większość widziane są jako nieatrakcyjne. Wyjątkowego znaczenia nabiera wartość prawdy i szczęścia. Ceniona jest prawda słowa, tj. mówienie prawdy innym i sobie oraz mówienie prawdy o sobie, czy prawda w działaniu – postępowanie zgodne z deklaracjami słownymi i przyjętymi celami tegoż działania, bez szkodenia drugiemu człowiekowi. Cenione jest też dążenie do poszukiwania prawdy w prostych sytuacjach codziennych, w naturalnych zachowaniach własnych i innych oraz prawdy ponadczasowej, obejmującej sens istnienia człowieka i problemów, które dane jest mu doświadczać na indywidualnej drodze życia. Szczęście zaś wyraża się w sukcesach, które innym przychodzą w sposób naturalny, bez wysiłku, bez specjalnych starań, jak też w sukcesach najcenniejszych, tj. związanych z utrzymaniem życia dziecka. H. S. Kushner powyższą refleksję ujmuje następująco: „Gdyby żaby pisały traktaty teologiczne, pytałyby dlaczego wszechmocny i miłosierny Bóg nie stworzył więcej bagien i komarów. [...] Tak, ale [...] żaby nie piszą traktatów teologicznych, a ludzie to robią. Żaby nie pytają o sens istnienia, a ludzie tak [...]. Dlatego śmierć dziecka jest tragedią, a śmierć kijanki nie jest”⁷.

⁶ Z. Hull, J. Starańczak, W. Tulibacki, *Mały słownik filozoficzny*, Wydawnictwo ART, Olsztyn 1989, s. 256.

⁷ H. S. Kushner, *Gdy wszystko to jeszcze nie dość*, Wydawnictwo Verbinum, Warszawa 1995, s. 114.

Doświadczenie niepełnosprawności dziecka uwrażliwia na percepcję znaczenia bogactwa w życiu ludzkim i na jego treść. Jak zauważa wspomniany wyżej autor, „Miarą bogactwa nie jest, ile człowiek ma, ale ile pragnie posiadać z tego, czego nie ma. Bogaty człowiek, który pragnie posiadać więcej, nie jest bogaty. Kto jest bogaty? Ten, kogo zadowala to, co ma”⁸.

Wizja przyszłości – wymiar transcendentalny

Współistnienie, wzajemne bytowanie w rodzinie z osobą/dzieckiem niepełnosprawnym, często okupione cierpieniem związanym z realnymi okolicznościami życia może rzutować na wyobrażenie poszczególnych członków takiej rodziny na temat przyszłości nie tylko dziecka, ale też przyszłości własnej. I w tej kwestii należy dostrzegać elementy wywołujące rozterki, zwątpienie, smutek, czy przygnębienie, tj. widziane w kategoriach niezbyt dodatnich, w tzw. „czarnych barwach”, jak również elementy, które wskazują na nadzieję, szanse, dają otuchę, tzn. widziane w kategoriach pozytywnych. Szczególnie te ostatnie mogą być odniesione zarówno do samego dziecka niepełnosprawnego, jak i innych osób w rodzinie. Co się tyczy dziecka, to warto podać, iż w dorosłości wcale nie musi być ono zdane na pomoc i opiekę społeczną lub najbliższych. Warunkiem jest zapewnienie w miarę wczesnych oraz dostosowanych do możliwości zabiegów rehabilitacyjno-edukacyjnych. Budują one bowiem racjonalną płaszczyznę do samodzielnej egzystencji osoby niepełnosprawnej w przyszłości. Jeśli zaś nawet pomoc społeczna okaże się niezbędna, to przy współczesnym podejściu do problemów i potrzeb ludzi niepełnosprawnych jej jakość jest wyjątkowo wysoka. Natomiast należy zadać sobie pytanie: jaki wpływ może mieć niepełnosprawność dziecka na podejście do życia w przyszłości jego pełnosprawnego rodzeństwa? Otóż dwojaką. Z jednej strony, mogą być powielane tradycyjne stereotypy funkcjonowania ludzi, niczym szczególnym nie różniące się od ogólnie przyjętych. Polegają na przechodzeniu przez życie, koncentrując się na problemach własnych i swojej rodziny, na dbaniu o zadowolenie siebie i najbliższych. Z drugiej strony, mogą zostać skoncentrowane jednocześnie na sobie i szerszych kręgach społecznych w równoważnej proporcji. Ich efektem jest wówczas zabieganie o dobro drugiego człowieka i faktyczna realizacja konkretnych działań w danym względzie. „Życie dla samego siebie – pisze H. S. Kushner – nie może przynieść zadowolenia. Tylko życie w poświęceniu dla innych jest coś warte”⁹. Takie podejście do życia daje również perspektywy ukierunkowania zainteresowań i działań własnych na siebie. Buduje możliwość poznawania sie-

⁸ Tamże, s. 76.

⁹ Tamże, s. 59.

bie, przekraczania osobistych niedoskonałości, ograniczeń, granic indywidualnej świadomości, barier stwarzanych przez przysłowiowe „szkiełko i oko”. Pozwala na bycie lepszym człowiekiem dla siebie i innych, na osiągnięcie prawdziwego człowieczeństwa, odkrycie bogactwa własnego wnętrza, wyzbycie się cierpienia. Cierpią tak naprawdę tylko ci, którzy chcą posiadać to, czego nie mogą mieć. Pozwala również na uświadomienie, że: „Istotą mądrości [...] jest respekt wobec ograniczeń ludzkiej inteligencji i poczucie szacunku wobec niezmiernych, ciemnych rewirów rzeczywistości, których rozum nie może przeniknąć”¹⁰.

Podsumowanie

Przyjście na świat niepełnosprawnego dziecka jest bez wątpienia dla jego najbliższych niebywałym szokiem, który początkowo wiąże się z odczuwaniem cierpienia zarówno w sferze psychoemocjonalnej, jak i fizycznej. Zatem staje się wyzwaniem także psychoemocjonalnym oraz fizycznym w relacji do dziecka, siebie, sytuacji codziennych i wobec przyszłości. Wyzwaniem, które wcale nie musi zniechęcać, pogrążyć, usztywniać, burzyć, ale tym, które może rozwijać, doskonalić i budować własne człowieczeństwo, a jednocześnie rozwijać, doskonalić i budować człowieczeństwo innych ludzi poprzez emanowanie, zaszczipianie, imitowanie tegoż człowieczeństwa na zewnątrz. Takie podejście daje więc poczucie spełnienia w życiu i dobrze wykorzystanej życiowej szansy, właściwej identyfikacji z nową rolą, którą nakreślił los, i która przy pierwszym zetknięciu się z nią przez tak wielu ludzi jest postrzegana jako niewyobrażalne nieszczęście.

Bibliografia

Hull Z., Starańczak J., Tulibacki W. , *Mały słownik filozoficzny*, Wydawnictwo ART, Olsztyn 1989.

Kushner H. S., *Gdy wszystko to jeszcze nie dość*, Wydawnictwo Verbinum, Warszawa 1995.

Szewczuk W., *Osobowość*, w: *Encyklopedia psychologii*, Wydawnictwo Fundacja „Innowacja”, Warszawa 1998, s. 371.

Szymczak M. (red.), *Słownik języka polskiego*, t. 1, PWN, Warszawa 1978, s. 302.

¹⁰ Tamże, s. 85.

Twardowski A., *Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych*, w: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, I. Obuchowska (red.), WSiP, Warszawa 1991.

Zaorska M., *Potrzeby edukacyjne i rehabilitacyjne dzieci z zaburzeniami złożonymi – okres wczesnego rozwoju*, w: *Pedagogika specjalna szansą na realizację potrzeb osób niepełnosprawnych*, W. Dykcik, Cz. Kosakowski, J. Kuczyńska-Kwapisz (red.), Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego, Olsztyn–Poznań–Warszawa 2002.



Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błęszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Teresa Żółkowska

Wydział Humanistyczny Instytut Pedagogiki
Uniwersytet Szczeciński

WYMIARY CIERPIENIA - STOSUNEK SPOŁECZEŃSTWA DO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Prezentowany w niniejszym pracowniu materiał badawczy stanowi próbę opisu jednego z wymiarów cierpienia osób niepełnosprawnych, czyli stosunku do nich społeczeństwa.

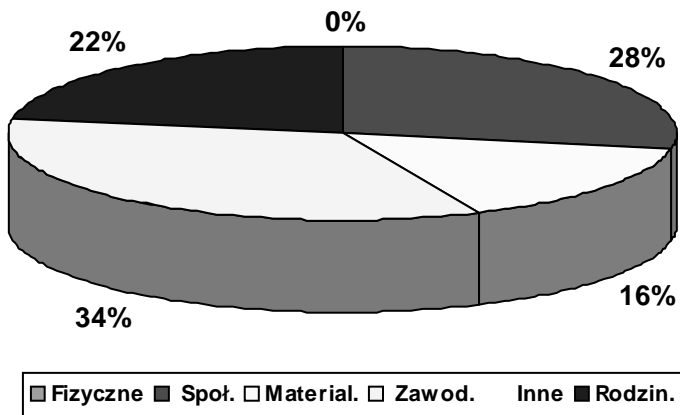
W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Wskaźnikami stosunku społeczeństwa wobec osób niepełnosprawnych były zachowania werbalne badanych. Dla potrzeb niniejszych badań zastosowano wywiad zbliżony do wywiadu standaryzowanego przeprowadzony na podstawie opracowanego kwestionariusza wywiadu. Przy konstruowaniu narzędzia wykorzystano skale proponowane przez A. Ostrowską¹. Stopień strukturalizacji pytań w kwestionariuszu był zróżnicowany. Większość stanowiły pytania otwarte. Celem wywiadu było zebranie danych socjodemograficznych i określenie stosunku społeczeństwa wobec osób niepełnosprawnych. Jednym z zastosowanych narzędzi była również analiza treściowa dokumentów. Ocenie poddano wypowiedzi pisemne osób badanych. Badania przeprowadzono na 60-osobowej, losowo dobranej grupie osób. 32 osoby to mieszkańcy Szczecina, a pozostali badani to osoby pochodzące ze wsi. Wiek badanych mieścił się w przedziale 24 do 66 lat. W tym 19 osób w wieku 24–34 lat, 13 osób w przedziale 35–45 lat. 18 osób w wieku 46–56 lat i 10 osób mających 57–66 lat. Badani posiadali różny stopień wykształcenia; 18 osób z wyższym, 23 ze średnim i 19 z podstawowym wykształceniem.

¹ A. Ostrowska, *Niepełnosprawni w społeczeństwie*, Warszawa 1993.

Opracowanie danych statystycznych polegało na określeniu procentów wypowiedzi oraz istotności różnic między częstościami².

Wyniki badań

Przeprowadzone badania³ stosunku do osób niepełnosprawnych pozwalają stwierdzić, że znajomość problemów życiowych osób niepełnosprawnych jest w naszym społeczeństwie dość powierzchowna i sprowadza się głównie do najbardziej widocznych atrybutów kalectwa. Prawie co piąta badana osoba nie tylko nie utrzymuje żadnych kontaktów z osobami niepełnosprawnymi, ale nawet nie zna takich osób z widzenia. Brak osobistych doświadczeń opartych na kontaktach z osobami niepełnosprawnymi sprawia, że wiedza o ich problemach życiowych jest fragmentaryczna i kształtowana poprzez stereotypowe i obiegowe opinie. Negatywny efekt potocznego rozumienia niepełnosprawności wynika z faktu, że poza właściwościami określającymi daną dysfunkcję są zawarte treści dodatkowe, niestanowiące rzeczywistej charakterystyki⁴. Często więc zdefiniowanie problemu może wpłynąć na przypisanie danej osobie właściwości, których ona nie posiada, pomniejszenie jej zdolności, a dodatkowa charakterystyka może mieć często negatywne znaczenie społeczne.



Wykres 1. Ograniczenia utrudniające funkcjonowanie osób niepełnosprawnych – częstości wypowiedzi

² A. Góralski, *Statystyka dla psychologów i pedagogów*, Warszawa 1976.

³ Na potrzeby niniejszego artykułu wykorzystano część badań opisanych w: *Prześlanki humanizacji życia osób niepełnosprawnych, Złożoność edukacji humanistycznej jako przedmiot badań i analiz naukowych*, T. Strawy (red.), Szczecin 2003, s. 163–183

⁴ E. Goffman, *Człowiek w teatrze życia*, Warszawa 1981.

Jak wykazuje wykres 1, znaczna część badanych odnosi ograniczenia niesione przez niepełnosprawność wyłącznie do ograniczeń sprawności fizycznej (18,5%), niezaradności i niesamodzielności (22,5%), trudnej sytuacji materialnej (12,8%) lub stwierdza ogólnie, że życie z niepełnosprawnością jest trudne. Większość badanych raczej niekorzystnie ocenia możliwość osób niepełnosprawnych w zakresie ról rodzinnych i małżeńskich. Na ogół w tych rolach osoba niepełnosprawna jest spostrzegana jako biorca, osoba uzależniona od innych, wymagająca stałej pomocy.

Badania wykazały również, że potoczne wyobrażenia o osobach niepełnosprawnych koncentrują się na ich słabościach i ograniczeniach, nie dostrzega się natomiast możliwości, zdolności, wszelkiego rodzaju osiągnięć. Cechy przypisywane ludziom niepełnosprawnym charakteryzują ich w większości jako ludzi słabych, lęklwych, samotnych, wycofujących się, niepewnych siebie, niezadowolonych z życia. Sposób ich widzenia kojarzy się, więc prawie wyłącznie z niepowodzeniami życiowymi. Osoby niepełnosprawne zasługują na współczucie i wymagają pomocy, nie są widziane jako partnerzy posiadający wprawdzie ograniczenia, ale także i możliwości. Zdaniem T. Parsons'a⁵, rozpoznanie człowieka jako osoby chorej wiąże się z przypisaniem mu pewnych właściwości; jednostka jest spostrzegana przez innych jako osoba nieodpowiedzialna za swój stan, stan ten jest traktowany jako coś niepożądanego, a tym samym wymaga się od danej jednostki, aby robiła wszystko w celu zlikwidowania go, ze względu na ów stan niepełnosprawności wyłącza się taką jednostkę z uczestnictwa w rolach społecznych obowiązujących w danej społeczności, wyłączenie to może mieć charakter stały lub czasowy, czyli do chwili zlikwidowania stanu niepełnosprawności. Taka percepcja osoby niepełnosprawnej pozwala na zrealizowanie dwóch celów. Po pierwsze chroni się system społeczny przed utratą normalnej efektywności funkcjonowania. Po drugie chroni się osobę chorą przed różnego rodzaju negatywnymi skutkami podejmowanych przez nią zadań, przekraczających jej aktualne możliwości.

Cechy niekorzystnego ustosunkowania się wobec osób niepełnosprawnych można dostrzec również w relacjach z profesjonalistami. Z badań⁶ wynika, że osoby pracujące z ludźmi niepełnosprawnymi ujawniają wysoki stopień koncentracji na niepełnosprawności. Stosunek ich jest zabarwiony niepokojem, lękiem przed własną niekompetencją. Profesjoniści mają silną potrzebę szczegółowego zaprogramowania relacji rehabilitacyjnych. Powoduje to znaczną redukcję i ściśle określenie możliwości zachowań, ściśle przypisanie ról społecznych, silniejsze egzekwowanie i sprawowanie większej kontroli nad

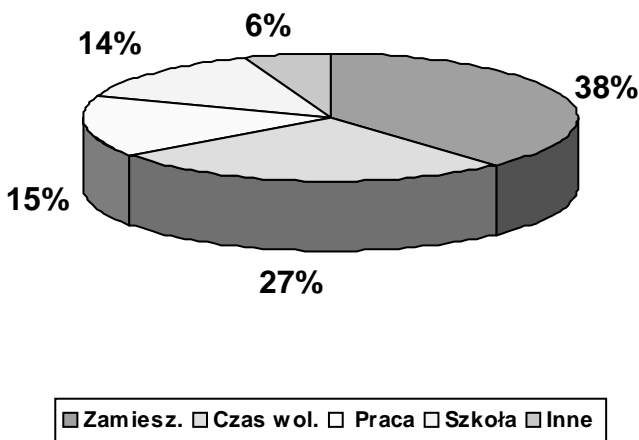
⁵ T. Parsons, *Struktura społeczna a osobowość*, Warszawa 1969.

⁶ T. Żółkowska, *Diagnoza jako czynnik naznaczenia społecznego*, (2002), maszynopis nie opublikowany.

osobami niepełnosprawnymi. Co skutkuje tym, że osoba niepełnosprawna może zacząć działać zgodnie z naznaczoną rolą, a proces naznaczenia może prowadzić do pogłębienia zaburzenia.

Takie spostrzeganie niepełnosprawnych ma oczywiście konsekwencje praktyczne, niejednokrotnie z góry pozbawiając osobę niepełnosprawną szans na godne i aktywne uczestnictwo w życiu społecznym. Wydaje się ono zresztą typowe nie tylko dla przeciętnego obywatela naszego kraju, ale niejednokrotnie także realizowanej polityki społecznej w stosunku do osób niepełnosprawnych⁷. Ważne jest, aby osoby, których działalność jest ukierunkowana na niesienie pomocy, wsparcia w różnych dziedzinach życia społecznego nie sprowadzali swojej roli do wspomagania biednych, nieszczęśliwych, samotnych, ale potrafili także, przełamując istniejący stereotyp, wspierać twórczy potencjał istniejący w każdej, nawet ciężko wielorako niepełnosprawnej jednostce.

Wyniki ujawniają również, że badani w większości aprobują integrację. Akceptacja rozwiązań integracyjnych nie jest jednak równomierna we wszystkich sferach życia.



Wykres 2. Częstość wyborów rozwiązań integracyjnych dotyczących różnych sfer funkcjonowania osób niepełnosprawnych

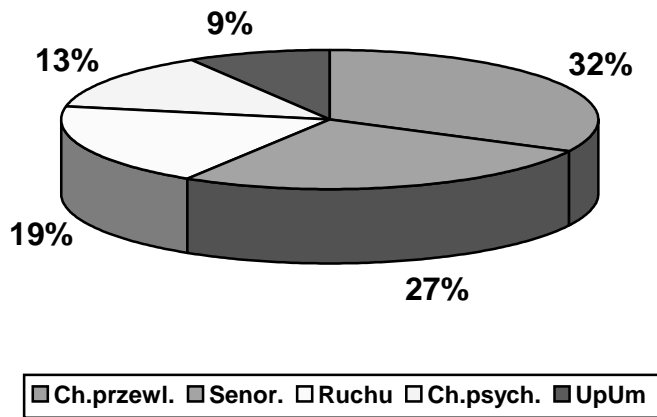
Jak wynika z wykresu 2, badani najczęściej akceptują możliwość wspólnego zamieszkiwania w jednym domu i uczestnictwa w życiu kulturalnym, czy ogólnie mówiąc czasie wolnym. Rzadziej natomiast odpowiada im praca w jednym zakładzie i jeszcze rzadziej nauka w tej samej szkole czy inne formy

⁷ E. Gorczycka, *Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych*, Częstochowa 1992.

integracyjne. Z tym że różnice w częstościach wyborów nie są istotne statystycznie. W przypadku pracy i szkół pojawiające się wybory segregacyjne motywowane były domniemywanymi korzyściami, jakie odnoszą tu same osoby niepełnosprawne. Dość powszechne są np. opinie, że sprawne dzieci nie potrafią zrozumieć niepełnosprawnych rówieśników, że bywają dokuczliwe i nieprzyjemne, mogą narażać niepełnosprawne dzieci na przykrości, wpływać w niepożądanym sposobie na kształtowanie się ich samooceny czy poziomu aspiracji. Obserwacje takie, w wielu przypadkach niewątpliwie prawdziwe, świadczą o konieczności wnikliwszego przyjrzenia się polskiej integracji. Z kolei dużą popularność modelu separacyjnego w sferze pracy można wiązać z powszechną i długoletnią tradycją zakładów wydzielonych tylko dla inwalidów – spółdzielni inwalidzkich. Mimo tego, że wiele takich zakładów nie istnieje, to dla części naszego społeczeństwa jest sprawą oczywistą, że taka segregacja jest najwłaściwsza dla osób niepełnosprawnych. Wybory segregacyjne częściej były deklarowane przez osoby z niższym wykształceniem, zamieszkujące na wsi i w podeszłym wieku. Należy tu jednak podkreślić, że taką samą opinię prezentują osoby niepełnosprawne. 42% osób niepełnosprawnych podaje, że uważają za wskazane organizowanie stanowisk pracy w zwykłych zakładach razem z ludźmi pełnosprawnymi. W tej liczbie badanych znajdują się osoby, które mają negatywne doświadczenia z pracy z osobami zdrowymi. Akceptacja zatrudnienia osób niepełnosprawnych zmniejsza się wraz z wykształceniem i pogarszającą się sytuacją materialną⁸.

Mimo akceptacji modeli integracyjnych, w sferze kontaktów indywidualnych badania ujawniły, że istnieją pewne ograniczenia w gotowości do wchodzenia z osobami niepełnosprawnymi w bliskie kontakty (stosunki przyjacielskie, małżeństwo). Jak ukazuje wykres 3 dystans ten jest zróżnicowany w zależności od rodzaju niepełnosprawności.

⁸ A. Kurzynowski, *Problemy rehabilitacji i zatrudniania osób niepełnosprawnych*, w: *Badania nad niepełnosprawnością w Polsce*, A. Ostrowska (red.), Warszawa 1993, s. 50 i n.



Wykres 3. Deklarowanie pomocy osobom niepełnosprawnym w zależności od rodzaju niepełnosprawności – częstości wypowiedzi

Najtrudniej badanym jest nawiązać kontakt z ludźmi z upośledzeniem umysłowym, a następnie chorobą psychiczną. Mniej oporu wykazują w przypadku niepełnosprawności fizycznej, a najmniej ograniczeń ujawniają w kontaktach z osobami z zaburzeniami słuchu i wzroku. Z wypowiedzi wynika, że najrzadziej badani deklarują gotowość codziennej, sąsiedzkiej pomocy osobom niepełnosprawnym. Zdaniem badanych, osoby niepełnosprawne powinny pozostawać pod opieką rodziny, a w przypadku kiedy rodzina staje się niewydolna, opiekę nad osobą niepełnosprawną powinny przejąć państwowe instytucje. Takie przeświadczenie w większości mają osoby zamieszkujące na wsi i z niższym wykształceniem.

Podejście to wydaje się mieć swoje korzystne następstwa w postaci pojawienia się koncepcji deinstytucjonalizacji, a co za tym idzie wzbogacenia ofert rehabilitacji w środowisku.

Z danych uzyskanych w wyniku badań wynika, że stosunek wobec osób niepełnosprawnych jest w znacznej mierze uwarunkowany posiadaną wiedzą o niepełnosprawności, ogólnym poziomem wykształcenia czy posiadaniem doświadczeń kontaktów z osobami niepełnosprawnymi. Wraz ze wzrostem wymienionych cech wzrasta akceptacja osób niepełnosprawnych i oddziaływań mających na celu ich integrację społeczną, podmiotowe traktowanie oraz normalizację ich środowiska życia.

Podsumowanie

Prezentowany sposób interpretacji uzyskanych wyników jest tylko jednym z możliwych sposobów analizy materiału. Wydaje się, że w analizowanych kwestiach nie ma jednoznacznych odpowiedzi. Jest wiele czynników mających wpływ na stosunek społeczeństwa wobec osób niepełnosprawnych. Prezentowany materiał ma na celu określenie pewnej zastanej rzeczywistości. Jak wynika z prezentowanych treści zachodzi pewna rozbieżność pomiędzy wzrostem haseł humanizacji życia osób z niepełnosprawnością i utrzymującą się tendencją do zachowywania osobistych dystansów wobec tych osób. Nie wnikając w dyskusję na temat zalet, czy wad poszczególnych koncepcji czy modeli rehabilitacji i ich praktycznych konsekwencji, w przypadku działań podejmowanych na rzecz osób niepełnosprawnych korzystny wydaje się każdy postulat humanizacji ich życia. Daje to bowiem podstawy do odpowiednich działań polityki społecznej, może wpłynąć na wyznaczenie właściwego miejsca osób niepełnosprawnych w naszym społeczeństwie. Z badań i codziennych obserwacji wynika jednak, że w chwili obecnej w Polsce obserwujemy z jednej strony stale wzrastającą aprobatę dla wszelkich działań promujących podmiotowość, poszanowanie godności, wyrównywanie szans osobom niepełnosprawnym – z drugiej obserwujemy niską tendencję do osobistego zaangażowania się w pomoc niepełnosprawnym. Badania ujawniają, że wzrost pozytywnych postaw obserwuje się w tych sferach, za które jest odpowiedzialne państwo, polityka społeczna, i które w sposób ogólny dotyczą całości społeczeństwa. Wolniej natomiast przebiegają integracja czy normalizacja na etapie konkretnych kontaktów społecznych. Większość ludzi uważa, że osobami predysponowanymi do opieki nad osobami niepełnosprawnymi są członkowie ich rodzin, dalej instytucje powołane do realizacji zadań na rzecz osób niepełnosprawnych. Bardzo rzadko osoby niezwiązane bezpośrednio z osobami niepełnosprawnymi deklarują gotowość podejmowania dłuższych kontaktów (np. spędzanie czasu wolnego), ale deklaracji tych nie stwierdza się w przypadku osób, które miały osobisty kontakt z osobami niepełnosprawnymi. Niniejsze badania nie dają oczywiście pełnej odpowiedzi na sygnalizowany problem. Trudno jest przesądzać, na ile zanotowana poprawa w generalnym stosunku społeczeństwa do osób niepełnosprawnych wynika z pewnej deklaratywności, a na ile jest symptomem autentycznie dokonujących się przemian w świadomości naszego społeczeństwa⁹.

⁹ A. Ostrowska, J. Sikorska, *Prywatne życie z niepełnosprawnością*, „Praca Socjalna”, nr 1, (1996), s. 82 i n.

Bibliografia

Błęszyński K. (2001), *Niepełnosprawność a struktura identyfikacji społecznych*, Warszawa.

Bogucka J. Kościelska M. (1996), *Wychowanie i nauczanie integracyjne*, Warszawa.

Bronfenbrenner U. (1976), *Ekologia rozwoju człowieka; historia i perspektywy*, „Psychologia Wychowawcza”, nr 5.

Chodkowska M. (1997), *Formy i możliwości społecznego wsparcia niepełnosprawnych poprzez integrację na płaszczyźnie mikro- i makrostruktur*, „Auxilium Sociale. Wsparcie społeczne”.

Czerepaniak-Walczak M. (1995), *Emancypacyjne kompetencje młodzieży w perspektywie jej podmiotowości*, „Edukacja”, nr 3.

Dykcik W. (1996), *Spółczesność wobec autonomii osób niepełnosprawnych*, Poznań.

Gustavsson A., Zakrzewska-Manterys E. (1997), *Upośledzenie w społecznym zwierciadle*, Warszawa.

Flyn G. cyt. za: Bowen M., Thomson J. (2000), *Nie wystarczy tam tylko być*, w: *Integracja dzieci o specjalnych potrzebach*, Farbain G. A., Warszawa.

Germain C. (1973), *An Ecological Perspective in Casework Practise*, „Social Casework”, June.

Goffman E. (1981), *Człowiek w teatrze życia*, Warszawa.

Gorczycka E. (1992), *Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych*, Częstochowa.

Góralski A. (1976), *Statystyka dla psychologów i pedagogów*, Warszawa.

Hulek A. (1977), *Pedagogika rewalidacyjna*, Warszawa.

Jacher W. (1976), *Więź społeczna w teorii i praktyce*, Katowice.

Janeczko R. (1999), *Placówka edukacyjna wobec wyzwań kompetencji integracyjnych wychowanków – uczniów niepełnosprawnych i sprawnych*, w: *Pedagogika specjalna wobec wyzwań i zagrożeń XXI*, J. Pańczyk, W. Dykcik (red.), Poznań.

Juros A. (1996), *Integracja rozpoczyna się w sercu człowieka*, „Los – Czasopismo Samopomocy”.

Kosakowski Cz. (1997), *Problem podmiotowości i autorewalidacji w pedagogice specjalnej*, w: *Problem podmiotowości człowieka w pedagogice specjalnej*, H. Machel (red.), Toruń.

Kościelska M. (1995), *Oblicza upośledzenia*, Warszawa.

Kościelska M. (1993), *Koncepcja osoby z upośledzeniem umysłowym jako uczestnika życia społecznego*, „Przegląd Psychologiczny”, nr 3.

Kowalik S. (1989), *Upośledzenie umysłowe*, Poznań.

Kurzynowski A. (1993), *Problemy rehabilitacji i zatrudniania osób niepełnosprawnych*, w: *Badania nad niepełnosprawnością w Polsce*, A. Ostrowska (red.), Warszawa.

Maciarz A. (1999), *Z teorii i badań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych*, Kraków.

Ossowski R. (1999), *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*, Bydgoszcz.

Ostrowska A. (1993), *Niepełnosprawni w społeczeństwie*, Warszawa.

Parsons T. (1969), *Struktura społeczna a osobowość*, Warszawa.

Janeczko R. (1999), *Placówka nieedukacyjna wobec wyzwań kompetencji integracyjnych wychowanków – uczniów niepełnosprawnych i sprawnych*, w: *Pedagogika specjalna wobec wyzwań i zagrożeń XXI wieku*, J. Pańczyka, W. Dykcika (red.), Poznań.

Renshaw J. (1988). cyt. za: Bowen M., Thomson J. (2000), *Nie wystarczy tam tylko być* w: G. Fairbairn, S. Fairbairn (2000), *Integracja dzieci o specjalnych potrzebach*, Warszawa.

Smedegaard M. (1997), *Integracja społeczna osób z upośledzeniem umysłowym – model duński*, w: *Kierunki rehabilitacji w pracy z osobami z upośledzeniem umysłowym*, T. Żółkowska (red.), Szczecin.

Soder M., cyt. za: Dykcik W. (1997), *Pedagogika specjalna*, Poznań.

Sowa J. (1998), *Podmiotowość jednostki niepełnosprawnej w procesie rewalidacji*, w: *Pedagogika specjalna*, Z. Sękowska (red.), Lublin.

Turowski J. (1993), *Socjologia. Małe grupy społeczne*, Lublin.

Whittaker T. (1989), *Social Treatment. An Introduction to Interpersonal Helping in Social Work Practise*, Aldine de Gryter, New York.

Witkowski T. (red.) (1993), *Podmiotowość osób niepełnosprawnych w placówkach opiekuńczo-wychowawczych*, Lublin.

Wolfensberger W. (1972) cyt. za: E. Niels, B. Mikkelsen (1991), *Warunki życia dla ludzi z upośledzeniem umysłowym* (materiały nieopublikowane), Bruksela.

Woynarowska B. (1993), *Edukacja specjalna a medyczna*, w: *Edukacja osób niepełnosprawnych*, A. Hulek (red.), Warszawa.

Zaborowski Z. (1997), *Problemy psychologii życia*, Warszawa.

Żółkowska T. (2002), *Diagnoza jako czynnik naznaczenia społecznego*, maszynopis nieopublikowany.

Żółkowska T. (2003), *Przesłanki humanizacji życia osób niepełnosprawnych*, w: *Złożoność edukacji humanistycznej jako przedmiot badań i analiz naukowych*, T. Strawy (red.), Szczecin.

Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błeszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Katarzyna Taborska

Instytut Humanistyczny Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej
w Gorzowie Wielkoposkim

BÓLE IDENTYFIKACYJNE, CZYLI O KREACYJNYM POSZUKIWANIU TOŻSAMOŚCI KULTUROWEJ

Cywilizacja zmusza człowieka do identyfikacji z językiem i tradycją. Wymaga znalezienia sobie miejsca w określonym środowisku kulturowym i dostosowania się do obowiązujących w nim reguł. Te determinanty są przyczyną różnorodnych konfliktów społecznych. W ich obliczu człowiek dąży do samookreślenia. Nie zawsze zdaje sobie jednak sprawę z konieczności wyboru między przystosowaniem się do tego, co w danym okresie jest uznawane za pożądane, a funkcjonowaniem w grupie w roli <Innego>. Dostrzeżenie obligatoryjności wyboru każdorazowo wiąże się z uświadomieniem odrębności jednostki wobec ogółu.

Mamy tu do czynienia z klasycznym konfliktem tragicznym. Rola <Innego> w grupie skazuje na cierpienie. Rezygnacja z określonych cech indywidualnych, dla uzyskania akceptacji w społeczeństwie, wiąże się z równie bolesnym odczuciem straty części samego siebie, z życiem w podporządkowaniu większości. Paradoksalnie, im mniejsza świadomość wyboru, tym mniejszy ból identyfikacyjny. *Weltschmerz* – ból istnienia jest dowodem świadomego uczestnictwa w procesie samookreślenia, które musi wiązać się z odrzuceniem reguł socjalizacji lub zwątpieniem w siłę samostanowiącego <ja>.

Obok arystotelesowsko-heglowskiego pojęcia tragizmu, warto w tym miejscu przywołać definicję psychologiczną, którą podaje Kazimierz Obuchowski. Jej „istotą [...] jest brak możliwości rozwiązania konfliktu inną drogą niż

przedefiniowanie siebie, rezygnacja z tego, z czym utożsamiamy się, stanie się kim innym, stworzenie alternatywnej koncepcji siebie”¹.

W niniejszym tekście chciałabym zwrócić uwagę na – jak się zdaje – nieanalizowane dotąd w tym kontekście świadectwa poszukiwań identyfikacji kulturowej, występujące w tekstach publicystycznych. Można je odczytywać jako wyraz tragedii jednostki zmuszonej do wyborów kulturowych zarówno w czasach totalitaryzmów, jak i demokracji. Podkreślenia wymaga, że w artykule nie interpretuję postawy autora, tylko kreacje świadomie tworzonego przez niego nadawcy, które pojawiają się w wypowiedziach publicznych.

Za przykład posłużą mi wybrane pisma i wywiady krytyka Marcela Reicha-Ranickiego (urodzonego w 1920 roku we Włocławku), nazywanego w Niemczech „papieżem literatury”.

Jego twórczość publicystyczną można podzielić na trzy etapy². Do pierwszego należą recenzje i sprawozdania muzyczne drukowane pod pseudonimem Wiktor Hart od grudnia 1941 do kwietnia 1942 roku. Ukazywały się one w rozprowadzanej w gettach Generalnej Guberni kolaboracyjnej „Gazecie Żydowskiej”. Drugi okres obejmuje lata 1951–1958. W tym czasie, pod nazwiskiem Marceli Ranicki, zamieszczał w różnorodnych czasopismach peerelowskich liczne recenzje i omówienia książek niemieckojęzycznych. Trzecia faza jego działalności zaczęła się w 1958 roku, kiedy opuścił Polskę i osiedlił się na stałe w RFN. Zaczął tam używać dwuczłonowego nazwiska Marcel Reich-Ranicki, sygnalizującego kogoś pochodzącego z dwóch kręgów kulturowych. W Niemczech stosunkowo szybko stał się jednym z najbardziej znanych krytyków literackich.

Osobowość Marcela Reicha-Ranickiego kształtowała się na pograniczu trzech kultur: niemieckiej, polskiej i żydowskiej. Nie sposób więc – jak to określił Janusz Rudnicki – stawiać go na ostrzu tożsamości³. W recenzenckich pismach polsko- i niemieckojęzycznych oraz wywiadach i autobiografii Reicha występują różne portrety tożsamościowe krytyka. Jak wynika z analizy tych kreacji, zmieniał on, na przestrzeni czasu i zależnie od miejsca pobytu swój stosunek do własnej tożsamości kulturowej.

Czytając polskie i niemieckie publikacje krytyczne Ranickiego, można odnieść wrażenie stosunkowo nieskomplikowanego układu tożsamościowego.

¹ K. Obuchowski, *Człowiek intencjonalny*, PWN, Warszawa 1993, s.194.

² W artykule wykorzystuję fragmenty mojej dysertacji zatytułowanej *Krytyka jako autokreacja. Polskie teksty i konteksty w piśmiennictwie Marcela Reicha-Ranickiego*.

³ J. Rudnicki, *Polska, Reich, Bolek*, „Gazeta Wyborcza” 2000, nr 113, dodatek „Książki” nr 5, s.16.

Krytyk, stosując strategie asymilacyjne⁴, kolejno wchodził w kręgi kulturowe swoich czytelników: Żydów w getcie, Polaków w PRL i Niemców w RFN.

Zmiana kręgów odbiorców wiązała się z każdorazowym odrzucaniem wcześniejszej kreacji. W latach 1951–1958 krytyk nie chciał być rozpoznawany jako Żyd. Następnie, po 1958 roku minimalizował swoje związki z polskością.

Te konwersje nie są niczym nietypowym, zwłaszcza jeżeli weźmiemy pod uwagę układy rodzinne Reicha. Jego rodzice mieli pochodzenie żydowskie. Z Polską wiąże krytyka miejsce urodzenia i język dzieciństwa, którym posługuje się do dziś. Żył tu około 30 lat (od urodzenia do wyjazdu do Niemiec w 1929 roku i od 1938 do 1958 roku). Tradycję niemiecką zaszczerpiła mu i kultywowała w nim matka, której bliscy krewni mieszkali w Berlinie. Tam właśnie krytyk zdał w 1938 roku maturę.

Po przyjeździe do RFN (w 1958 roku) stał się osobą popularną. Właśnie w jego niemieckich wywiadach i wydanej autobiografii w 1999 roku możemy obserwować publiczny proces poszukiwania przez Reicha swej tożsamości kulturowej. Początkowo głosi: „Ich bin wahrscheinlich ein halber Pole und ein halber Deutscher und ein ganzer Jude / Jestem prawdopodobnie pół Polakiem i pół Niemcem, i całym Żydem”⁵.

W miarę upływu lat spędzonych w środowisku niemieckim ta deklaracja ulega zmianie. Reich ogłasza:

– „Pole [bin ich] ganz bestimmt nicht. Mit Polen habe ich im Grunde genommen wenig gemeinsam⁶ / Polakiem z całą pewnością nie [jestem]. Z Polską w gruncie rzeczy mam niewiele wspólnego.

– Ich war nie Deutscher, ich werde es auch nie sein / Nigdy nie byłem Niemcem i nigdy nim nie będę. Ich lasse das Wort deutsch in Bezug auf meine Person zwar gelten, aber immer nur als Adjektiv. Nie als Hauptwort. Ich bin ein deutscher Kritiker, ein deutscher Literat. Aber ich bin kein Deutscher⁷ / Akceptuję określenie niemiecki w odniesieniu do mojej osoby, ale tylko jako przymiotnik. Nigdy jako rzeczownik. Jestem niemieckim krytykiem, niemieckim literatem. Ale nie jestem Niemcem”.

⁴ *Asymilacja: zdominowana mniejszość [...] utożsamia się z kulturą grupy dominującej*; zob. A. Kurc, *Język, kultura a tożsamość żydowska*, tłum. T. Stróżyński, w: *Literackie portrety Żydów*, E. Łoch (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1996, s. 310.

⁵ Zob. m.in.: *Kein Leben ohne Lesen. Gespräch mit Werner Höfer*, w: *Betritt Literatur. Über Marcel Reich - Ranicki*, von P. Wapnewski, München 1995, s. 161 (wypowiedź z roku 1980).

⁶ *Zwischen Literatur und Diktatur*, Marcel Reich-Ranicki im Gespräch mit Joachim Fest [Rozmowa Marcela Reicha-Ranickiego z Joachimem Festem], Frankfurt am Main 1987, s. 105–106.

⁷ *Wir waren zusammen in der Hölle – und im Himmel*, wywiad Mathiasa Döpfnera z Marcelem Reichem- Ranickim i Teofilą Reich-Ranicką, „Die Welt” 29 VI 2002.

Znamienne jest, że na następującą sugestię dziennikarza z „Die Welt”:

– „Wenn Sie heute noch einmal geboren würden, und Sie könnten wählen, als Jude oder als Nichtjude auf die Welt zu kommen... / Gdyby dziś jeszcze raz miałby się pan urodzić i mógłby pan wybierać czy przyjść na świat jako Żyd czy jako nie-Żyd...”

Reich odpowiada:

– „... dann würde ich selbstverständlich als Nichtjude geboren werden wollen. Da gibt es keinen Augenblick des Zweifels. Es ist kein Vergnügen, einer Minderheit anzugehören⁸ / To chciałbym się oczywiście urodzić jako nie-Żyd. Ani przez sekundę nie pojawia się tu wątpliwość. Przynależenie do mniejszości nie jest przyjemnością”.

W tym kontekście można odczytywać deklaracje identyfikacyjne Raniciego jako świadectwo zagubienia się człowieka w świecie trzech kultur i powikłanej historii totalitaryzmów oraz antysemityzmu XX wieku; jednostki, która w ustroju demokratycznym nie odnalazła się w tradycyjnych układach identyfikacyjnych.

Reich nie stosuje tylko, by użyć nomenklatury Marka Leary’ego, autoprezentacyjnych taktyk repudiacyjnych, służących do zaprzeczenia istnienia określonych cech⁹. Próbuje znaleźć swoją kulturową przestrzeń tożsamościową i publicznie ją dookreśla. W pierwszym rzędzie odrzuca związki z „dużymi ojczyznami” na rzecz tej „małej”, co uwidacznia się, między innymi, w jednej z wypowiedzi radiowych:

„Muss man denn ein Vaterland haben? Ist das wirklich nötig? [...] Eine Heimat habe ich im Grunde genommen überhaupt nicht. Wenn es einen Ort gibt, wo ich so ein bisschen heimatliche Gefühle empfinde, dann ist das Berlin. Das ist die Stadt, in der ich aufgewachsen bin¹⁰ / Czy musi się mieć ojczyznę? Czy to rzeczywiście konieczne? [...] Ziemi rodzinnej tak naprawdę nie mam. Jeśli istnieje jakieś miejsce, w którym choć trochę

⁸ Tamże.

⁹ Zob. M. Leary, *Wywieranie wrażenia na innych. O sztuce autoprezentacji*, tłum. A. Kacmajor i M. Kacmajor, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.

¹⁰ Wywiad radiowy udzielony przez Marcela Reicha-Raniciego Ingrid Rosen. *Klasik Radio 17 V* godz. 19–21. Cyt. za: R. Helling, *Sozio-biographische Studie über den Literaturkritiker Marcel Reich-Ranicki und sein publizistisches Wirken in der Bundesrepublik Deutschland 1958 bis* [niepublikowana praca dyplomowa], Hamburg 1993, s. 9.

mam poczucia ziemi rodzinnej, to jest nim Berlin. To jest miasto, w którym dorastałem”.

Kolejnym dowodem na tworzenie własnej koncepcji tożsamościowej jest następująca opowieść, często powtarzana przez krytyka¹¹:

„Von Heine stammt das schöne Wort, die Juden hätten sich im Exil aus der Bibel ihr portatives Vaterland gemacht. Und so bin auch ich schliesslich weder ein heima-tloser noch ein vaterlandsloser Mensch. Auch ich habe ein portatives Vaterland – es ist die deutsche Literatur, die deutsche Musik¹² / Z Heinego pochodzi piękne powiedzenie, że Żydzi na wygnaniu¹³ z Biblii uczynili swoją przenośną ojczyznę. I tym sposobem ostatecznie również i ja nie jestem człowiekiem pozbawionym ani swych stron rodzinnych, ani swojej ojczyzny. Ja także mam przenośną ojczyznę – jest nią niemiecka literatura, niemiecka muzyka”.

Koncepcja przenośnej ojczyzny jest jednym z najbardziej znanych i wyrazistych elementów kreacji tożsamościowej Ranickiego¹⁴. Co ciekawe,

¹¹ Powtarzając na przestrzeni lat swoje deklaracje, Reich nadinformuje o tożsamościowej wizji samego siebie (Mark Leary, dz. cyt., s. 29 i 31. Według Goffmana, *taktyki atrybucyjne* mogą się łączyć z „nadinformowaniem o niektórych faktach”). Zjawisko to określić można jako nadatrybucję. W przypadku Reicha nadatrybucję bez trudu zauważają znawcy jego wypowiedzi, ale nie czytelnicy wybranych pism, bądź widzowie (Reich przez lata był gwiazdą znanego niemieckiego programu telewizyjnego). Z punktu widzenia skuteczności strategii komunikacyjnych nadinformowanie, czyli stosownie taktyki repetycji jest ryzykowane. Odbiorca z pewnością zapamiętuje treści, ale osobę, która się w ten sposób prezentuje, może uznać za monotematyczną, a przez to mało atrakcyjną. Jak się zdaje, krytyk w komunikacji masowej uniknął tego zagrożenia.

¹² Zwischen Literatur und Diktatur, dz. cyt.

¹³ Na wygnaniu = w diasporze, rozproszeniu.

¹⁴ Już na początku lat osiemdziesiątych dopełnieniem kreacji Ranickiego stało się jego powiedzenie: „Deutsche Literatur ist meine Heimat / Moją ziemią rodzinną / małą ojczyzną jest niemiecka literatura”; zob. np. T. Nowakowski *Geboren in Włocławek*, w: *Literatur und Kritik Aus Anlaß des 60. Geburtstags von Marcel Reich-Ranicki*, hrsg. von Walter Jens, Deutsche VerlagsAnstalt GmbH, Stuttgart 1980, s. 21. Kreowana przez Ranickiego indywidualna koncepcja „przenośnej ojczyzny” opiera się – moim zdaniem – na efekcie bon motu. Nie wzbudziła ona w Niemczech ani dyskusji, ani polemik prasowych czy telewizyjnych. Przyjęto ją za fakt medialny. W Polsce na ogół powtarza się niemieckie schematy odbioru tej koncepcji. Inny punkt widzenia prezentuje Marek Edelman w rozmowie z Hanną Krall. Jak sędzę, nie zgadza się on na sentencjonalną wizję ojczyzny Reicha. Widać to w cytowanym poniżej fragmencie wypowiedzi Marka Edelmana. Urywek pochodzi z tekstów przygotowanych przez Hannę Krall, stanowiących swoisty komentarz do grafik żony Reicha Teofili Reich-Ranickiej powstałych w czasie drugiej wojny, zob. H. Krall, T. Reich-Ranicki, *Es war der letzte Augenblick. Leben im Warschauer Getto*, tłum. R. Matwin-Buschmann, München 2000, s. 88.

„<Was ist er eigentlich ?> – Marek Edelman, der Kämpfer des Warschauer Gettos, fragte mich nach Marcel Reich-Ranicki. <Jude? Pole? Deutscher?> Er sagt, mit Heine, sein Vaterland sei die Literatur. Die Bibel, schreibt Heine, wurde zum portatiren Vaterland der Juden, nach der Zerstörung des Tempels nahmen sie sich mit ins Exil Das portatire Vaterland von Reich-Ranicki ist die Literatur, die deutsche”.

wysoki stopień zindywidualizowania pojęcia „ojczyzna” nie budzi kontrowersji, lecz jest atrakcyjny dla mediów. Dla przykładu, polski materiał filmowy popularyzujący postać Reicha zatytułowano *Przenośna ojczyzna*¹⁵, a wydana przez Ossolineum czwarta z kolei biografia krytyka ma w tytule cytaty z wypowiedzi Ranickiego: *Moją ojczyzną jest literatura*¹⁶.

Reich stworzył całkowicie wyabstrahowaną wizję ojczyzny. Dowiódł zatem niezwyklej umiejętności budowania własnego wizerunku publicznego, znajdującego się poza kanonem klasycznych tożsamościowych punktów odniesienia, funkcjonujących w społeczeństwach.

Ojczyzna Ranickiego jest przenośna głównie za sprawą operacji językowych, które wprawiają ją w ruch. Ich celem jest stworzenie ojczyzny jednoosobowej, czyli pozostającej w gestii jednego człowieka. W tym, co wspólne, składa się ona z wyrzutów zbiorowego sumienia. To, co jednostkowe nie zobowiązuje do niczego jedyne jej obywatela.

W tekstach Reicha występowały kontrasty czy dysonanse między przejrzystą identyfikacją kulturową, charakteryzującą polskojęzyczne pisma recenzenckie krytyka, a wypowiedziami z okresu niemieckiego, które ukazywały jego niejednoznaczny stosunek do własnej tożsamości. Zmiany kręgów kulturowych w trzecim etapie twórczości Reicha wraz z ostatnią koncepcją „przenośnej ojczyzny” postrzegać można jako próbę ucieczki przed przeznaczeniem czy tożsamościowym naznaczeniem, albo jako bunt czy sprzeciw wobec losu. Ta heglowska interpretacja tragizmu pozwala na wyjaśnienie fenomenu, jakim jest zgoda społeczna na gry tożsamościowe Marcela Reicha-Ranickiego, które polegają na nieustannej zmianie kulturowych masek identyfikacyjnych.

Akceptacja gier tożsamościowych mogła być zresztą tylko pozorna. Wielu odbiorców nie dostrzegало skomplikowanych układów tożsamościowych

<Was für eine Antwort!> wunderte sich Edelman. „Genauso gut könnte ich die Kardiologie als mein Vaterland betrachten”.

Fragment tekstu polskiego pochodzi z „Tygodnika Powszechnego” 2000 nr 26:

– Kim właściwie on jest? – spytał o Marcela Reicha-Ranickiego Marek Edelman – Żydem? Polakiem? Niemcem?

– Mówi za Heinem, że jego ojczyzną jest literatura. Przenośną ojczyzną Żydów, pisał Heine, stała się Biblia, to ją zabrali ze sobą na wygnanie po zburzeniu świątyni. Przenośną ojczyzną Reicha-Ranickiego jest literatura, i to niemiecka.

– Cóż to za odpowiedź? – zdziwił się Edelman – To tak, jakbym uważał kardiologię za moją ojczyznę.

Podaję dwie wersje językowe tego tekstu, aby zwrócić uwagę na zachodzące w nich różnice. Na przykład czytelnik niemiecki otrzymuje dodatkową informację, kim jest Marek Edelman.

¹⁵ *Przenośna ojczyzna*, scenariusz i realizacja J. Wolska, Agencja Publicystyki i Edukacji dla Programu I 2001, emisja 25 I 2002.

¹⁶ N. Honsza, S. Wolting, *Marcel Reich-Ranicki*. „*Moją ojczyzną jest literatura*”, tłum. tekstu S. Woltinga z języka niemieckiego E. Herden, Zakład Narodowy im. Ossolińskich – Wydawnictwo, Wrocław 2007. Trzy pierwsze biografie krytyka ukazały się w języku niemieckim.

w wypowiedziach publicysty. Nie syntetyzowało bowiem poszczególnych etapów twórczości czy tekstów Ranickiego. Odbiór „oddzielny” jest typowy dla recepcji recenzji czy innych tekstów o charakterze krytycznym. W świadomości społecznej nie istnieje potrzeba całościowego oglądu twórczości krytycznoliterackiej. Tekst recenzencki ma wywoływać czy stymulować określone reakcje odbiorcze dotyczące omawianego dzieła. W tym sensie jest wypowiedzią transparentną, nastawioną na ukazanie tekstu kultury autora, innego niż ten, podpisany pod wypowiedzią krytyczną.

Fenomenem jest jednak też niewątpliwie bogactwo portretów identyfikacyjnych Reicha i związana z nimi gra, podczas której krytyk, stosując strategię kameleona, zdawał się mówić: moja tożsamość jest w moich rękach. Tę kreatywną grę można interpretować jako próbę ucieczki przed wyborem, którego musi dokonać człowiek w przypadku konfliktu tragicznego.



**PSYCHO-PEDAGOGICZNY
WYMIAR CIERPIENIA**

Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błeszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Bogusław Stelcer

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

CHORY I JEGO CIERPIENIE

Wstęp

Eric Cassel w artykule *The nature of suffering and the goal of medicine* (Cassel, 1982), zwraca uwagę na brak w literaturze medycznej dyskusji o naturze cierpień doznawanych przez chorych, wbrew silnym powiązaniom pomiędzy chorobą, leczeniem i doświadczanym cierpieniem. W ciągu minionego okresu wiele zmieniło się i przybywa literatury świadczącej o humanizacji opieki medycznej, niemniej wiele z argumentacji Erica Cassela pozostaje aktualne. Zasadniczym argumentem podnoszonym przez niego jest to, że brak zrozumienia dla istoty przeżyć chorego jest odległą konsekwencją zaadoptowania do procesu leczenia zasad zrodzonego w XVII wieku dualizmu kartezjańskiego rozdzielającego dramatycznie ciało i duszę. Cassel twierdzi dalej, że cierpienie jest doznaniem obejmującym całą osobę, medycyna tymczasem oferuje oddziaływania skierowane na ciało. Cierpienie więc zostało relegowane do sfery subiektywnej, teologicznej, gdzieś poza sferę medycyny. Jeśli jest obecne na jej gruncie, to wtedy, gdy identyfikowane jest z bólem.

Czym jest cierpienie?

Cierpienie, jak wspomniano powyżej, bardzo często pojawia się w zestawieniu z bólem. Jednocześnie powszechnie sądzi się, że przekracza ból swym zasięgiem. Jest czymś więcej niż tylko doznaniem somatycznym. Inne też mogą być przyczyny bólu w wymiarze somatycznym i cierpienia wkracza-

jącego w płaszczyznę psychologiczną i duchową. Ból fizyczny w skrajnych przypadkach może być źródłem przyjemności i satysfakcji. Psychologowie sugerują, że ma to miejsce wtedy, kiedy np. zostaje kojarzony z perwersyjnymi formami osiągania rozkoszy seksualnej. Protoplastów tychże łączy się z osobami Leopolda von Sacher-Masocha oraz osławionego markiza de Sade. Znane są też próby łączenia bólu z ekstazą religijną. Przykład ilustrujący powyższą tezę odnajdziemy w słynnej rzeźbie Berniniego na której została przedstawiona ekstaza św. Teresy, która zapisała w swym pamiętniku fragment o ogromnej słodyczy, jaką wywołał anioł, który ognistym mieczem przeszył jej serce (Zimbardo 1987).

Cierpienie jest nie tylko sprawą percepcji określonego bodźca, ale też zależy od znaczenia i ważności nadawanego mu przez jednostkę. Włączają się tutaj procesy poznawcze odpowiedzialne za rozumienie otaczającego świata. Powyższe, zbliża do stanowiska, że jest ono sprawą dziejącą się pomiędzy jednostką a otaczającym ją światem. Jest to sytuacja podobna do tej, którą przedstawił w swej teorii stresu Richard Lazarus (Lazarus 1986). Autor ten interpretuje stres jako pewien rodzaj transakcji zachodzącej pomiędzy jednostką a otoczeniem. Od charakteru tejże transakcji zależy, czy pojawia się stres jako zjawisko występujące pomiędzy wyzwaniem otoczenia a odpowiadającym na te wyzwania organizmem. W przypadku cierpienia sensowne zdaje się twierdzenie, że jest to rodzaj relacji pomiędzy JA pojedynczego człowieka a jego aktualną sytuacją życiową. Podmiot przeżywający określoną sytuację wie najlepiej, w jaki sposób ona go dotyka i jakie jest jej znaczenie. Cierpienie jest doświadczeniem skrajnie subiektywnym, każdy bowiem doświadcza go inaczej, we właściwy sobie sposób. Cierpienie, zwłaszcza kiedy jest przewlekłe i intensywne, stawia pod znakiem zapytania sens życia. Jeżeli prawdą jest teza o tym, że mocno kaleczy jednostkę i dokonuje szeregu spustoszeń psychicznych, redukując życie jednostki do formy skrytej w kokonie wegetacji. Zubożone JA może mieć znaczne trudności, ażeby przeniknąć znaczenie niekorzystnego dla jednostki zdarzenia. Przyczyny leżące u podłoża przeżywanego bólu psychicznego i duchowego mogą powodować, że człowiek zaczyna dostrzega kruchość i ulotność życia. Pewien ciężko chory pacjent, cierpiący z powodu zaawansowanej choroby nowotworowej, opisując swe położenie, pytał: *Czy rzeczywiście tak ma to wyglądać? Czy moje odchodzenie ze świata ma być tak groteskowe?* Ważnym czynnikiem zdrowego i w miarę bezstresowego życia jest możliwość poruszania się w świecie, który jest zrozumiały dla jednostki. Poczucie zrozumiałości określa, w jaki sposób są spostrzegane bodźce zarówno ze świata zewnętrznego i wewnętrznego. Bodźce te powinny być postrzegane na poziomie poznawczym jako zrozumiałe, uporządkowane, względnie spójne i posiadające sens oraz możliwe do wytłumaczenia. Powyższa sytuacja jest lepsza od tej, kiedy człowiek poru-

sza się w świecie dla niego niezrozumiałym, nieprzewidywalnym i chaotycznym. Zrozumiałość ma dwa aspekty: poznawczy i emocjonalny. Ten pierwszy wiąże się ze zdolnością do oceny rzeczywistości i zrozumienia biegu zdarzeń. Strona emocjonalna zaś, wyraża przekonanie, że wszystko jakoś się ułoży, a sprawy przybiorą logiczny obrót (Antonovsky 1995). W powyższym kontekście fenomen cierpienia można wytłumaczyć jako zdarzenie zagrażające jednostce, które podważa sens wszystkiego, co do tej pory było trwale wbudowane w stabilny obraz świata, który do momentu pojawienia się choroby był zrozumiały.

Definicja i rozumienie zasobów radzenia sobie ze stresem zaproponowane przez Antonovskiego wynikają z charakteru wzajemnych powiązań pomiędzy wymienionymi trzema elementami. Mimo pewnej dyskusyjności rzeczywistego przekładania się poczucia koherencji na stan zdrowia fizycznego i debat nad ich wzajemną korelacją, istnieją wyniki świadczące o silnym związku pomiędzy SOC a jakością życia, zwłaszcza w wymiarze dobrostanu psychicznego i duchowego (Stelcer 2001). Poczucie koherencji jest terminem opisującym parametry zmagania się z wyzwaniem ludzkiej egzystencji, przy ostrożnym poszukiwaniu analogii, może być postrzegane w związku z kategoriami ontologii fundamentalnej Martina Heideggera. Zdaniem Heideggera, kiedy człowiek uświadamia sobie podstawowy egzystencjalny fakt rzucenia w świat, gdy jest zdecydowany na to, by otworzyć się na byty znajdujące się w nim, dokonuje przełomowego kroku w stronę egzystencji autentycznej. Oznaką dokonanego przełomu jest troska (*Sorge*) o napotkane byty oraz własne istnienie w świecie. Idąc dalej śladem myśli znakomitego filozofa, trwoga (*Angst*) jest wyrazem odpowiedzi na poczucie lęku, jest odczuwaną przez człowieka obawą przed czymś nieokreślonym. Tym, nawiasem mówiąc, różni się trwoga od zwykłego strachu, który posiada przedmiot bania się znany podmiotowi. W poczuciu trwogi, przed człowiekiem staje nicość, wobec której jest w stanie odczuć trop bycia i zrozumieć je. „Egzystencja jest możliwa tylko na gruncie zrozumienia bycia”, powie Heidegger w pracy *Kant a problem metafizyki* (Heidegger 1989, s. 253). Punktem splatającym filozoficzną wizję Martina Heideggera z psychologią Aarona Antonovskiego jest przedstawienie człowieka, który nie zgadza się odgrywać roli „mniej lub bardziej ważnej części w maszynie dziejów świata, pozostając igraszką warunków i zdarzeń” (Heidegger 1994).

Osoba cierpiąca

Inną kwestią związaną z analizą cierpienia jest jego destruktywny wpływ na tożsamość człowieka. Chcąc dokonać wyczerpującej analizy fenomenu wi-

dzą je bardziej jako brak sensu spowodowany urazowym zdarzeniem niżli zagrożenie dla tożsamości, które stwarza. Nie można jednak jej zupełnie wykluczyć. Zostałoby bowiem otwarte pytanie – kto cierpi? Nie wdając się w skomplikowane psychologiczne dywagacje nad tożsamością, można stwierdzić, że jest ona budowana przez specyficzne dla każdego człowieka poczucie ciągłości i spójności doświadczeń. Wówczas zasadne jest stwierdzenie, że jest ono prywatnym doświadczeniem dotyczącym żyjącej istoty, przez którą jest specyficznie odczuwane. Cierpienie odciska się silnym piętnem wówczas, gdy zagraża lub niweczy ważne aspekty jednostkowej tożsamości. Może nawet oznaczać utratę znaczenia swej egzystencji w wymiarze indywidualnym. Przyjmując za Epsteinem (Epstein 1983), dynamiczne i fenomenologiczne spojrzenie na rozwój JA, uwzględnione zostają odczucia dotyczące ciągłości, spójności, niepowtarzalności i odrębności własnej osoby, jako fundamentów dla poczucia tożsamości. Zadaniem JA, według teorii Epsteina, jest integrować i asymilować doświadczenie, utrzymać równowagę pomiędzy doznawanymi przykrościami i przyjemnościami oraz optymalizacji poziomu samooceny (za: Kubacka-Jasiecka 2006). Rozumienie kryzysu powodującego cierpienie stanowiące zagrożenie dla poczucia tożsamości prezentuje Susan Salt (Salt 1997). Wśród wielu określeń tegoż fenomenu, autorka wskazuje, że cierpienie jest złożonym stanem istnienia, obejmującym nie tylko pojedyncze i izolowane stany fizjologiczne, ale również psychologiczne i duchowe. Dotyka wnętrza człowieka, wspomnienia ze swego życia, osobowość, wszystko, co definiuje jego istnienie. Autorka, dokonując próby zdefiniowania fenomenu cierpienia, nadała mu emocjonalny charakter, twierdząc, iż jest to stan umysłu pojawiający się, kiedy pragniemy całą mocą, czasem wręcz obsesyjnie, by sytuacja, w jakiej się znaleźliśmy, była inna.

Zachowania cierpiących

Don Flaming dokonał głębokiej analizy form cierpienia, jakiej zaznają pacjenci cierpiący z powodu chorób somatycznych (Flaming 1995). W swym wyczerpującym opracowaniu wyszczególnił cztery rodzaje cierpienia, wskazując praktyczną przydatność swego modelu w pracy pielęgniarstwa. Wśród wymienionych drogą analizy jakościowej form cierpienia, autor wykazał kilka zasadniczych odmian tego fenomenu.

Jedną z nich jest cierpienie duchowe, które pojawia się wówczas, gdy pacjent wątpi w wartość lub dostrzega bezwartościowość przekonań religijnych i dłużej już nie odczuwa opieki płynącej od Boga. Lęk i trwoga przeważają nad pociechą, jaką proponują Ewangelie. Słabością tak pojętego cierpienia duchowego jest jego nazbyt wąska interpretacja, niewykraczająca poza ramy poję-

ciowe określonej religii. Tymczasem należałoby wzmocnić dyskurs o duchowości, wprowadzając problematykę światopoglądu, systemu wartości i przekonań moralnych danej jednostki. Duchowość nie jest tylko kwestią religii, to także filozoficzne pytanie o wszystko, co nadaje sens życiu. Potrzeby i konflikty duchowe przeżywają także osoby określające siebie jako niewierzące. Ogromnym błędem myślowym byłoby założenie, że niewierzący nie odczuwają potrzeb duchowych.

Cierpienie duchowe dotyczy wszystkich tych, którzy walczą o to, by okoliczności choroby nie odebrały tej integralności ich JA, którą swoim życiem wypracowali. Beznadziejność i rozpacz charakteryzuje się tym, że pacjent uświadamia sobie, że sposób, w jaki uprzednio myślał o sobie, to, jak się określał i umiejscawiał w świecie, bezpowrotnie zostało stracone, a jest zbyt mało czasu, żeby rozpocząć życie na nowo i spróbować dla siebie innych dróg integracji. Czasem padają, może naiwnie brzmiące słowa, wypowiedane przez chorych: „jestem już na drodze skąd nie ma powrotu”, „dla takich jak ja nie ma już ratunku”. Słowa te najlepiej odzwierciedlają istotę zjawiska, o którym mowa.

Cierpienie psychologiczne występuje równie często. Charakteryzuje się zranieniem i okaleczeniem psychiki. Pacjent cierpi psychologicznie, kiedy nie potrafi zrozumieć i właściwie ocenić powodów pojawienia się choroby. Ten rodzaj trudności dotyka szczególnie mocno małe dzieci. Prawa rozwoju poznawczego decydują o tym, że dziecko inaczej rozumie świat i zawiłości myślenia abstrakcyjnego nie są mu jeszcze dostępne. Stąd trudności z wytłumaczeniem tak bolesnych zjawisk jak choroba, zasady jej leczenia, czy fenomenu śmierci. Wszystko to bowiem jest odległe od dziecięcych doświadczeń. Istnieje zasadnicza różnica pomiędzy tym, jak dziecko tłumaczy bolesne zdarzenia, a tym, o czym wie, czując to gdzieś w swym wnętrzu i nie potrafi wyrazić ich właściwymi słowami.

Drugą formą cierpienia psychologicznego jest sytuacja niemożności racjonalnego wytłumaczenia sytuacji chorego. Pacjent często (równie często jego rodzina) rozpaczliwie zadaje sobie pytanie: *dla czego to go spotkało; dla czego Ja, za co mnie to spotkało?* Często można usłyszeć retoryczne, aczkolwiek mocno uzasadnione z perspektywy psychologicznej, pytania rzucane przez samych chorych, czy ich małżonków o to, dla czego ich najbliższy musiał zachorować, skoro nie pił, nie palił, żył zdrowo i był dobrym człowiekiem? Pytania tego typu świadczą o tym, że trudne jest trwanie w sytuacji, której się nie rozumie. Życie bez orientacji i jakiejś idei scalającej doświadczenie jest trudne do zniesienia.

Kolejną sytuacją stanowiącą źródło cierpień psychologicznych jest, zdaniem Flaminga, wciągnięcie chorego przez okoliczności, które są niejasne i trudne do przewidzenia. Chory nie ma pojęcia, co może się zdarzyć. Z jednej

strony pragnąłby uniknąć nieprzyjemnych okoliczności, których pojawienia się podejrzewa. Z drugiej strony chciałby znać prawdę o tym, czego może oczekiwać w najbliższej przyszłości. Pragnienie poznania jej jest jednak okupione strachem, że prawda ta może okazać się niepomyślna.

Trudno wyliczyć wszystkie formy doznań fizycznych stanowiących dokuczliwość dla chorego. Te, które najczęściej są wymieniane w kontekście choroby nowotworowej, to: ból, duszności, mdłości, pocenie się, osłabienie, biegunka i wiele innych. Pocieszające jest to, że można skutecznie radzić sobie z większością spośród nich. Współczesna medycyna dysponuje środkami uśmierzającymi ból, duszności, radzi sobie z większością objawów. Rumuński pisarz Emil Cioran (Cioran 1992) doskonale rozumiał fakt, że chore ciało stanowi źródło cierpienia ludzkich, być może to właśnie miał na myśli pisząc taki oto aforyzm: „Rzeczywistość ludzkiego ciała jest jedną z najgorszych form rzeczywistości”.

Dążenie do tego, by panować nad sytuacją i by okoliczności nie wymykały się spod kontroli, może być okupione sporym wysiłkiem. Źródłem cierpienia może też być fakt, że chory czuje się w obowiązku, by panować nad wszystkim, co się z nim dzieje. Można to także traktować jako próbę utrzymania autonomii tak długo, jak tylko jest to możliwe. Celem osiągnięcia powyższego, pacjent dokonuje różnych form manipulowania otoczeniem. Flaming wymienia trzy rodzaje zachowań manipulujących.

Różnice biorą się stąd, że każdy na swój sposób znajduje drogę do osiągnięcia swego celu. Przy czym metody, do których sięgają, nie zawsze są wybierane w pełni świadomie. Odzwierciedlają ogólną konstytucję psychiczną i wcześniej wypracowane mechanizmy radzenia sobie z trudnościami oraz mechanizmy obrony psychologicznej.

Czasem pojawiają się zachowania, zmierzające do uzyskania wtórnych korzyści z prawdziwie odczuwanego bólu choroby. Niektórzy chorzy wyolbrzymiają dolegliwości po to, by w ten sposób manipulować zachowaniami osób otaczających ich opieką. W ten sposób pragną skoncentrować na sobie ich troskę, czas i energię. Zachowanie tego typu cechuje przede wszystkim osoby o niskiej samoocenie i ubogich możliwościach korzystania z przeróżnych form wsparcia społecznego. Istotnym zastrzeżeniem wobec tej postawy jest to, iż pomimo że faktycznie mogą istnieć przesłanki ku cierpieniu, może być ono bardziej nasilone, niż jest to konieczne. Pacjentowi bowiem wcale nie zależy na tym, by je uśmierzać. Taka postawa cierpiętnika czasem rzeczywiście może wymuszać na rodzinie i personelu leczącym aktywność, jednak stałe granie cierpiącego pochłania dużo energii zarówno fizycznej, jak i psychicznej.

Inną formą zachowań manipulujących jest granie roli osoby, która zupełnie nie radzi sobie z sytuacją, podczas gdy w rzeczywistości jest w stanie kontrolować ją. Trzecim i ostatnim zachowaniem, wskazanym przez Flaminga

jest takie manipulowanie własną chorobą, by była narzędziem do uzyskania pocieszenia (lub czasem innych dóbr). Każdy, kto kiedykolwiek spotkał się z chorym prezentującym ten rodzaj zachowania, wie, że cierpienie służy do kontrolowania osób otaczających, a sam cierpiący nie jest zainteresowany w tym, by nastąpiła ulga. Nie zależy mu bynajmniej na uwolnieniu się od dotkliwych objawów z obawy, że gdyby ich nie było nie byłoby nikogo, kto interesowałby się nim. Są pacjenci, którzy długo, kwiecicie i chętnie opowiadają o swych problemach, natomiast zupełnie nie interesują się i nie słyszą rad mogących przynieść ulgę. Chociaż przez chwilę czują się ważni i podziwiani, zupełnie nie rozumiejąc, że jest to zaledwie zastępcza forma utrzymania przy sobie obecności innych. W kontaktach z chorymi czasem słyszy się relacje pacjentów, którzy twierdzą, że nie przyznają się przed rodziną do swych obaw. Jedynie w samotności, nocą, czasem dają upust swemu smutkowi. Ranem zaś z wymuszonym spokojem na twarzy prowadzą normalne rozmowy z najbliższymi. Paradoxem tej sytuacji jest fakt, że równocześnie często rodzina nie rozmawia z chorym „by go nie niepokoić”. Zasadniczą konsekwencją powyższego wzajemnego ochraniać się jest to, że proces otwartej komunikacji jest tym samym powstrzymany. Z odmiennym i lepszym dla chorego zachowaniem spotykamy się, kiedy ten „daje sobie przyzwolenie” na wyrażenie bólu. Czyni to w celu uzyskania lepszej opieki ze strony pielęgniarek, czy innych członków zespołu leczącego. Skutkiem takiej postawy jest możliwość właściwego zareagowania na zgłoszone dolegliwości. Innymi słowy, aby leczenie bólu zostało podjęte, przedtem musi on być zakomunikowany.

Szpital jako jednostka lecznicza posiada znamiona instytucji totalnej, ze ściśle wytyczonym rytmem pracy i zasadami zachowania, które nie zawsze są łatwe do zaakceptowania. Podstawową trudność dla chorego stanowi utrata prywatności. Pewien chory opisał pobyt w szpitalu następująco: „Kiedy człowiek położy się w łóżku na oddziale, od tego momentu gwałtownie zmienia się perspektywa – nagle wkracza w inny obcy świat”. Niechęć do kontaktów ze szpitalem jest nie tylko skutkiem złych doświadczeń tam nabytych. W pewnej mierze może być przejawem mechanizmów obrony psychologicznej polegających w tym przypadku na odsuwaniu ze świadomości wszystkiego, co przypomina o chorobie. Powodem, dla którego pacjent minimalizuje objawy, mogą być obowiązki domowe. Chory czuje się zobowiązany do tego, by kierować domem i nie powierzyć go innym osobom, starając się ten moment odłożyć na tak późno, jak to jest możliwe. Pewna pacjentka powiedziała, że jest przerażona tym, co przyniesie przyszłość. Autor w pierwszej w chwili ocenił ten fakt jako „typowy”, myśląc, że jest to silny lęk o postępujące nasilenie się objawów. Po dłuższej jednak rozmowie z chorą, okazało się, że tym, co przeraża pacjentkę, jest lęk o los syna, u którego zdiagnozowano chorobę psychiczną,

po nieudanej próbie samobójczej. Chora zaczynała zdawać sobie sprawę, że nie starcza jej już sił do prowadzenia domu i opieki nad synem, u którego rozwija się choroba psychiczna.

Inną formą ochrony jest dążenie za wszelką cenę do tego, by nie uznać faktu choroby. Chory zaprzecza istnieniu problemu, dążąc do tego, by wszyscy traktowali go jak zdrową osobę – „normalnie”. Postawę tę cechuje wzbranianie się przed „wejściem” w rolę chorego. Powody tego mogą być różne. Może to wynikać z faktu utwierdzania samego siebie, że nie jest tak źle, skoro pewne formy aktywności są jeszcze możliwe do utrzymania. Drugim ważnym powodem (obok chęci przekonania się o „dobrym” stanie swego zdrowia i tłumienia lęku) jest obawa, że najbliżsi mogliby nie poradzić sobie ze świadomością o niepomyślnym rokowaniu.

Nieuznanie faktu cierpienia i zaprzeczanie mu, co prawda stanowi wyraźną ochronę tak chorego jak i jego najbliższych, jednakże z drugiej strony stanowi przeszkodę na drodze do bezpośredniego wyrażenia swego bólu. Chory czasem powstrzymuje swoją ekspresję, czyniąc tak ma także na względzie zespół leczący, któremu nie chce sprawiać kłopotów. Czasem, chce być „dobrym pacjentem”, tzn. takim, który nie sprawia większych trudności swemu lekarzowi i pozytywnie reaguje na przypisane mu leki.

Stoicki pacjent zapytany o swe dolegliwości i przyczyny zmartwień, jest w stanie wyrazić je bezpośrednio i nie ukrywa tego, co stanowi dla niego źródło dolegliwości. Otwarcie potrafi dyskutować o swym położeniu i jego przewidywanych konsekwencjach. Postawa stoicka może chronić inne osoby przed cierpieniem chorego, który pragnie oszczędzić swych bliskich. Zapobiega też wywołaniu u innych przykrości i współczucia z powodu sytuacji chorego. Postawa ta zdaje się być najbardziej dojrzałą w oczach personelu leczącego. Chory pragnie sam iść swoją drogą i nie zamierza się dzielić swym bólem z innymi. Chce raczej spokoju i delikatnego nieinwazyjnego towarzyszenia. To, co istotne dla otaczających go osób, to zrozumienie faktu, że chory wytycza, jak głęboko wprowadzi innych w swój świat. Jest to postawa, która zyskuje duże uznanie w oczach niektórych osób opiekujących się chorym przyjmującym powyższą postawę.

Czym innym jest cierpienie w milczeniu, polega raczej na ukrywaniu swego bólu przed światem. Nieumiejętność przyznania się i zaprzeczanie cierpieniu wynikające z powyższej postawy, w konsekwencji spycha doznania chorego w podświadomość i uniemożliwia wejście w kontakt z nimi. Postawa ta powoduje, że chory nie przepracowuje w swym wnętrzu wszystkich negatywnych aspektów swego położenia, a zwłaszcza strat, których niewątpliwie doświadcza.

Zmiany obrazu ciała

Stratę można określić jako brak czegoś, co stanowi szczególną wartość. Czegoś, co być może jest równie wartościowe jak samo życie, co jest nieodzowne do życia tak, jak tego pragniemy i wymarzyliśmy sobie. Jest to brak wartości, czy zasobu, które decydują, w jaki sposób przeżywalibyśmy dotychczasowe życie. Stopniowe pogarszanie się obrazu ciała. Jego postępujące wyniszczenie, spowodowane kacheksją i anoreksją przyczynia się do silnego cierpienia. W normalnym życiu wiele czasu poświęcamy swemu ciału, troszczymy się o jego wygląd i schludność. Potrzeby estetyczne w mniejszym, czy większym stopniu zajmują naszą uwagę. Pacjent, który traci wagę, martwi się tym, często interpretuje ten fakt jako dowód na to, że dzieje się coś niedobrego z jego organizmem. Leczenie hormonalne zostawia po sobie obrzęki. Te są szczególnie dotkliwe, kiedy pojawiają się na twarzy. Niejednokrotnie leczący spotykają się z tym, że chory przeprosza za swój wygląd. Powszechnym następstwem leczenia cytostatykami jest utrata włosów. Jest to szczególnie bolesne zjawisko dla osób młodych. Piękne i długie włosy są ważnym atrybutem kobiecości. Są jednym z czynników stanowiących o pozytywnej samoocenie i akceptacji siebie w roli kobiecej. Utrata włosów, pociąga za sobą negatywne, czasem wręcz dramatyczne konsekwencje emocjonalne. Wywołując nawet reakcje o charakterze poważnego kryzysu tożsamości.

Jeszcze bardziej dramatyczne reakcje emocjonalne wiążą się z faktem utraty piersi, które są jeszcze bardziej niż włosy atrybutem kobiecości i kobiecego erotyzmu. Czasem jednym z najtrudniejszych zdarzeń wiążących się z leczeniem nowotworu piersi jest konieczność ujrzenia okaleczenia i deformacji ciała w całej jego brutalności oraz konieczności konfrontacji skutków tego faktu dla psychiki. Często w tych przypadkach do lęku o stan zdrowia i przebieg dalszego leczenia, dołącza obawa o reakcje i akceptację partnera. Obawa przed odrzuceniem jest nie mniej bolesnym zmartwieniem.

Wydaje się, że sens doznawanej straty i zaburzenia obrazu ciała zależą od kilku czynników. Istotnym jest fakt, jak bardzo widoczna jest deformacja ciała. Uszkodzenie narządów widocznych (zewnątrznych) niesie inne konsekwencje niż wtedy, gdy dotyczy ono narządów niewidocznych (wewnętrznych). Reakcja emocjonalna może też zależeć od konsekwencji utraty funkcji narządu na codzienne życie pacjenta. Generalnie biorąc, ważną rzeczą, która decyduje o sile reakcji emocjonalnej, jest ilość energii psychicznej zainwestowanej w dany narząd.

Obszarem zagadnień, których nie można pominąć, są sfera życia erotycznego i seksualizmu, które są ważne dla każdego człowieka. Osoby poważnie chore prawdopodobnie, bardziej niż zdrowi, są wrażliwe na okazywane im

przejawy miłości. Erotyzm rozumiany jako coś więcej niż tylko akt seksualny wraz z jego biologiczną otoczką odnosi się do szerszego systemu zachowań symbolicznych. Łączy w sobie subiektywnie odczuwaną ważność bycia mężczyzną lub kobietą, obraz ciała, samoocenę oraz znaczenie bliskich i intymnych relacji z kochaną osobą. Erotyzm jest zjawiskiem o najistotniejszym znaczeniu. Intymne i prawdziwie głębokie relacje z inną osobą są jednym z fundamentów poczucia spełnienia w życiu, nadając mu znaczenie. Erotyzm, tak ważny również w fazie zaawansowanej choroby, przejawia się tęsknotą za przytuleniem i odczuciem emocjonalnego ciepła, dotyku miłości i akceptacji ze strony partnera. Błędem jest zawężanie go tylko do aktu seksualnego. Choroba terminalna pociąga za sobą zagrożenie dla życia intymnego. Wielkim błędem jest zapominanie, że chory wbrew temu, co się z nim dzieje, jest istotą przepelnioną erotyzmem. Ignorowanie tego faktu przez leczących jest zaprzeczeniem istnienia jednego z ważniejszych aspektów ludzkiego życia w ogóle.

Problem autonomii

Terminalnie chory oprócz wszystkich możliwych strat musi pogodzić się z jeszcze jedną. Jest to utrata swej niezależności. Ten rodzaj straty wprowadza w porządek rozważań o relacjach międzyludzkich. Bycie zależnym od innych we wszystkim, włączając w to pomoc w czynnościach toaletowych, jest trudne do zaakceptowania przez te osoby, które wysoko cenią sobie niezależność i indywidualność. Chory zależy od innych w sensie opieki fizycznej, emocjonalnej i materialnej. Uzależnienie od innych, którzy są niezbędni do pomocy podczas kąpieli czy posiłków, często postrzegane jest jako trudna do zaakceptowania konieczność. Pewien chory wyraził się nawet, że odczuwa wstyd z powodu zapachu, jaki pozostawia w łazience po przepłukiwaniu zropiałych ran. Widział jak bardzo krępuje to wchodzące po nim do łazienki osoby. Trudne do zaakceptowania jest też to, że nie mógł samodzielnie się wykąpać. Jednocześnie odczuwał opory przed proszeniem o pomoc, kiedy wychodził z wanny. Jest wystarczająco dużo powodów, by poczucie swej wartości i samoocena narażone były na obniżenie.

Chory traci także możliwość utrzymywania szerokich kontaktów społecznych. Może liczyć tylko na tych, którzy zechcą go odwiedzić. Dla nich z kolei, źródłem trudności jest to, że nie wiedzą, jak się zachować, czy w ogóle i od czego zacząć rozmowę. Nie wiedząc, o czym rozmawiać ani czy powstrzymają napływające w takich sytuacjach łzy, unikają spotkań ze swym bliskim. Pogłębia to tylko samotność chorego, którego świat oddala się bezpowrotnie.

Powyżej zakreślone trudności można traktować jako ilustrację jeszcze jednego wymiaru cierpienia, jakim jest izolacja i samotność.

Trudna opieka nad osobą cierpiącą

Pytaniem, jakie musi sobie postawić leczący, jest: czy jestem w stanie pomóc choremu? Czy jestem do tego właściwą osobą? Czy mogę poradzić sobie w pojedynkę, czy lepiej będzie, kiedy skorzystam z czyjejs pomocy? Pozytywna odpowiedź na powyższe pytania pozwala podjąć się bardzo trudnego wyzwania polegającego na poprawieniu jakości życia chorego. Przekładając powyższe na język praktyki – leczący mogą założyć, że możliwe jest kontynuowanie leczenia objawów, wobec których nie są bezradni.

Leki opioidowe skutecznie leczą dolegliwości bólowe, a także zapobiegają jego występowaniu. Podstawowym wymogiem sugerowanym przez WHO jest regularne podawanie leku w ściśle określonych dawkach. Fundamentalne znaczenie dla leczących ma fakt, że dzięki tym lekom nie są bezradni wobec uporczywego nawet bólu. Jakieś szczególne trudności związane z opanowaniem bólu co prawda zdarzają się, jednak dotyczy to mniejszości przypadków. Szereg nieprzyjemnych dla pacjenta objawów może być zniesionych dzięki dobrze prowadzonej opiece pielęgniarskiej. Nieprzypadkiem dbałość o higienę, zmiana pościeli, uczesanie pacjenta, golenie, kąpiel, zawsze świeża piżama etc. podnoszą samopoczucie pacjenta. Sprawiają także, że czuje się on bardziej atrakcyjny. Lub jak to dość lakonicznie wyraził pewien chory „bardziej jak człowiek”. Dobry i staranny wygląd ma tę moc, że pośrednio stwarza szanse na ujrzenie pozostałych objawów choroby we właściwych proporcjach.

Postawa najbliższego otoczenia ma nieocenioną rolę, jeśli idzie o jej wpływ na samopoczucie chorego. Czas, który najbliżsi poświęcają swemu bliskiemu, wsparcie płynące z ich strony, wyznaczają jakość ostatnich miesięcy życia. Obecność przy łóżku, towarzyszenie, rozmowy, a nawet dotyk są elementami, które wywierają korzystny wpływ na jego stan psychiczny.

Kończąc rozważania o cierpieniu chorego i o tym, jak zmagają się z chorobą, czas zwrócić uwagę na osobę leczącego, wskazując co więcej może dać swemu pacjentowi ponad wiedzę medyczną, czas i umiejętności. Pacjent wiele zyskuje z kontaktu charakteryzującego się szczerością i otwartością. Budowanie tak pojętych relacji wymaga dużych umiejętności. Lekarz czy pielęgniarka mogą otworzyć się na pacjenta, budować z nim kontakt oparty na prawdzie i jasno określonych wzajemnych oczekiwaniach. Pacjent, będzie bardziej skłonny do samoafirmacji, kiedy jego relacje z lekarzem będą oparte na powyższych zasadach. Lekarz okazuje afirmację chorego, słuchając go,

pozwalając wyrazić swe troski i niepokoje. Taki kontakt ma swój walor terapeutyczny, przywraca godność choremu, tak niezbędną do tego, by móc w ogóle mówić o godnym umieraniu. Energia, która ulega wzmocnieniu, ma charakter emocjonalny. Jeśli wzmacnia fizycznie pacjenta, wynika to z owej, uprzedniej emocjonalnej mobilizacji. Niektórzy chorzy w obliczu zagrażającej życiu choroby potrafią zmobilizować wewnętrzne siły i odmieniają się w zdecydowanym stopniu. Żyją jakby bardziej świadomym życiem. Jest to dla nich czas skupienia na istotnych rzeczach. Nie tracąc go na błahostki, bardziej autentycznie rozmawiają z najbliższymi. Jest w tym też dużo z postawy tzw. „walczącego ducha”. Bliska znajoma samotnego pacjenta stwierdziła, że zauważyła, jak bardzo zmienił się ten człowiek od momentu, kiedy uświadomił sobie powagę swej choroby. Stał się bardziej bezpośredni i wyciszony. Jak powiedziała, był całkiem innym człowiekiem.

Zmagający się z bólem i cierpieniem chory pragnie od lekarza i terapeuty czegoś więcej niż potraktowania w sposób poważny swych poszukiwań odpowiedzi na pytanie o znaczenie doznawanych przez siebie cierpień. Chce partnera we wspólnych poszukiwaniach odpowiedzi na dręczące go pytania. Pacjent chce, aby poświęcony mu czas sprzyjał wyrażeniu emocji. I to umiejętność wysłuchania jest ważniejsza nawet niż mówienie do niego. Doskonale to uchwyciła Cicely Saunders (Saunders 1959) wskazując, że właściwie postawionym problemem jest nie pytanie: „Co powiedziałeś pacjentowi?, lecz, „Ile pozwoliłeś, by Ci powiedział”?

Bibliografia

- Antonovsky A. (1995), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*, Wyd. IPN, Warszawa.
- Cassel E. (1982), *The nature of suffering and the goals of medicine*, New England Journal of Medicine 306, s. 639–645.
- Cioran E. (1992), *Na szczytach rozpacz*, Oficyna Literacka, Kraków.
- D. Flaming D. (1995), *Patient suffering: a taxonomy from the nurse's perspective*, Journal of Advanced Nursing, 1995, 22, s. 1120–1127.
- Goldberg C., Crespo V. (2003), *Suffering and Personal Agency*, International Journal of Psychotherapy, vol. 8, JULY, no 2, s. 85–93
- Heidegger M. (1994), *Bycie i czas*, PWN, Warszawa.
- Heidegger M. (1989), *Kant a problem metafizyki*, PWN, Warszawa.
- Kahn D. L., Steeves R. H. (1986), *The experience of suffering: conceptual clarification and theoretical definition*, Journal of Advanced nursing, 11, s. 623–631.

Kahn D. L., Steeves R. H., *An understanding of suffering grounded in clinical practice and research*, w: Betty Ferrel – „Suffering”.

Kubacka-Jasiecka D. (2006), *Kryzys emocjonalny i interwencja kryzysowa – spojrzenie z perspektywy zagrożenia Ja i poczucia tożsamości*, w: Kubacka-Jasiecka D., Ostrowski T. M. (red.), *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*, WUJ, Kraków.

Lazarus R. S. (1986), *Paradygmat stresu i radzenia sobie*, Nowiny Psychologiczne, nr 3–4, s. 2–39.

Peteet J. R. (2001), *Putting Suffering Into Perspective. Implications of the Patient-s's World View*, *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10:3, s. 187–192

Lazarus R., Folkman S. (1984), *Stress, appraisal and coping*, Springer Verlag, New York.

Salt S. (1997), *Toward definition of suffering*, *European Journal of Palliative Care*, 4 (2), s. 58–60.

Saunders C. (1959), *The Problem of Euthanasia*, *Nursing Times*, Oct., s. 960–961.

Stelcer B. (2001), *Jakość życia jako pojęcie subiektywne i wielowymiarowe*, *Pielęgniarstwo Polskie*, nr 2 (12), s. 227–233.

Zimbardo P. G., Ruch F.L. (1987), *Psychologia i życie*, PWN, Warszawa.



Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błeszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Józef Binnebesel

Wydział Nauk Pedagogicznych
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

**CIERPIENIE W OCZACH DZIECKA
Z CHOROBAŁĄ NOWOTWOROWĄ
W KONTEKŚCIE DEZINTEGRACJI POZYTYWNEJ
KAZIMIERZA DĄBROWSKIEGO**

Analiza problemu cierpienia dziecka dotkniętego chorobą nowotworową już wielokrotnie była prezentowana (por. Binnebesel 2000, 2003, 2004a, 2004b, 2004c, 2008a, 2008b). Istotą tych prezentacji była koncepcja cierpienia totalnego zaproponowana przez B. Winkler (1996). Prezentowana przez tę autorkę koncepcja wydaje się ujmować złożoność kwestii cierpienia doświadczanego przez dzieci chore na nowotwór. Tym razem jednak przedstawiona zostanie swoista forma prezentacji problemu cierpienia. Kluczem porządkującym będą tu doświadczenia chorych dzieci. Każde z przytoczonych poniżej wypowiedzi stanowi fragment rozmowy. W poniższej prezentacji nie ma miejsca na obiektywizm i metodologiczną klasyfikację. Istotą są tu subiektywne i indywidualne doświadczenia małych pacjentów, ich przeżycia, emocje i doświadczanie siebie w pryzmacie cierpienia. Rozmowy te kierują percepcje cierpienia w dwie płaszczyzny, których punktem wyjścia jest zaproponowana przez Kazimierza Dąbrowskiego (1979) koncepcja dezintegracji pozytywnej. Istotą jednak nie jest tutaj analizowanie obiektywnych parametrów pozwalających klasyfikować, czy doświadczane cierpienie ma kontekst dezintegracji pozytywnej, czy negatywnej, ale próba pokazania dwóch obrazów doświadczania tego, co dzieci i młodzież przeżywają podczas hospitalizacji i leczenia przeciwnowotworowego. Celem, mimo wszystko, nie jest epatowanie smut-

kiem, bólem i doświadczanym przez pacjentów cierpieniem, ale pokazanie przez ich wypowiedzi przeżyć, emocji, po prostu ich samych. Rozmowy i badania¹ pokazują niezrozumienie tego, co odczuwają dzieci chore na nowotwór. Większość osób koncentruje się na doświadczanym bólu fizycznym, okazuje się jednak, że ból fizyczny nie jest jednym z najważniejszych traum doświadczanych w trakcie leczenia (por. Binnebesel 2003). Poniżej przytoczone zostaną wypowiedzi dzieci i młodzieży, które w kontekście teorii dezintegracji pozytywnej doświadczają elementów tego, co Dąbrowski (1979, s. 25–27) nazywa dezintegracją negatywną, przede wszystkim z jej konsekwencjami mechanizmów obronnych.

Czuję się osamotniony tutaj, nie taką samotnością, że nikogo tu nie ma, ale taką wewnętrzną, czuję się wewnątrznie samotny, opuszczony. Czasami nawet, jak przychodzi matka z wujem, to tę samotność czuję jeszcze bardziej. To jest taka samotność moja, która jest tutaj. Krzysiu, z którym tutaj leżę, jak nie ma mamy, to płacze, jest smutny, ale jak przyjdzie, jest szczęśliwy, zapomina o tej swojej samotności. Ja nie mogę, ta samotność jest inna (Mariusz, 16 lat); Tak się czuję osamotniona, osamotniona, nie fizycznie, ale opuszczona duchowo, czuję, że rak, który jest we mnie, zżera nie tylko moje ciało, ale i duszę. Czuję się strasznie SAMOTNA, SAMOTNA, taka bardzo, bardzo SAMA (Klaudia, 15 lat); Samotność ta mnie przepelnia tak wewnątrznie, czuję głęboko ten smutek cały sobą (Krzysztof, 16 lat); Smutek mój jest pustką mojej duszy, jest przeżyciem pustki wewnątrz mnie (Patrycja, 17 lat). Owo doświadczenie pustki i samotności jest jednym z kluczowych przeżyć w trakcie leczenia i hospitalizacji (por. Binnebesel 2003). Innym wymiarem tego doświadczenia jest tęsknota, a zarazem niewiara w swoich bliskich (por. Binnebesel 2003): Tęsknię za nią, jak jej tu nie ma, ale Ona już chyba jest zmęczona tą moją chorobą. Ja to widzę, bo do Dawida mama przychodzi częściej. On jest tu po raz pierwszy, jak ja leżałem pierwszy raz, to mama była stale ze mną... . Jak on (Dawid) będzie tutaj tak często, to jego mama też już nie będzie tyle z nim w szpitalu (Paweł, 9 lat); Chcę by znowu mama była taka jak kiedyś. Ona tutaj jest często, ale to nie Ona, chcę, by było jak dawniej, tęsknię za moją mamą, za MOJĄ, a nie za tą, jaką jest teraz, TĘSKNIĘ za nią, bardzo TĘSKNIĘ to jest czasami tak jakby jej nie było, tak za nią tęsknię, jak by tu wcale nie przychodziła. Czasami myślę, że może byłoby mi lżej, gdyby przychodziła rzadziej albo w ogóle, bo jak taka przychodzi, to bardzo, bardzo tęsknię za NIA (Marzena, 13 lat).

Wydaje się, że jednak w szczególny sposób musi budzić bunt interpretacja doświadczanego cierpienia w kontekście poczucia winy i kary za grzechy.

¹ Badania prowadzone były od 2005 do 2008 roku. Badaniu poddani są nauczyciele (wszystkich poziomów kształcenia, w tym i uniwersyteckiego) i studenci kierunków pedagogicznych i nauczycielskich. Do tej pory przebadano 780 osób.

Często dzieci, młodzi ludzie, próbując sobie wytłumaczyć zaistniałą sytuację, obwiniają siebie za bardziej lub mniej realne winy. Choroba dla nich staje się karą, a oni sami spostrzegają siebie przez pryzmat zła i grzechu. 7-letnia Marysia ujęła tę kwestię krótko, lecz bardzo wyraziście: *bo jak jest się niegrzecznym, to ma się karę*. Krzyś mający 8 lat mówił w ten sposób: *Ja tu jestem, bo chyba Pan Jezus już ma mnie dosyć, bo jak mówi mama, jestem niewarty*. 17-letnia Iwona stwierdza: *Każdy z nas ma grzechy, ale szczególnie małe dzieci są niewinne, a Bóg zsyłając na nie raka, chce pokazać wszystkim: Patrzcie, za was muszą cierpieć najstarsi i niewinni, zróbcie coś z sobą. Chyba inaczej nie można wytłumaczyć tego, co tu się dzieje, bo jak inaczej wytłumaczyć to, że cierpi trzy- czy czteroletnie dzieciątko. One i chyba my jesteśmy tutaj takim memento*. Bunt i dramatyzm widać szczególnie w słowach 18-letniego Kamila: *Bóg musi być cholernym gnojem i sadystą, ja nie jestem taki, by umierać na raka, za co to wszystko. Jak byłem tu zeszłym razem, to widziałam, jak przyszła na oddział 5-letnia dziewczynka, miała takie długie jasne włosy. Potem widziałem, jak jej mama jej te włosy wyczesywała szczotką i jak płakała, czesała ją i płakała, a na szczotce było coraz więcej włosów, aż już nie miała czego czesać. Mała źle znosiła chemię, potem jakieś trzy czy cztery tygodnie to trwało, jak ją dostawała, i umarła. To tylko sadysta może to zrobić, taki Bóg musi być skurwysynem, skoro pozwala na to. Ja to wszystko pieprzę, mam w dupie takiego Boga*.

Słowa te mogą gorszyć, niektórych boleć, jednak są one autentycznym doświadczeniem siebie i świata: *cierpimy, bo wszystko wokoło jest nie w porządku. Bóg zsyłając na nas chorobę, pokazuje, że kara jest nieunikniona i spotkać może każdego* (Krzysztof, 18 lat), *jak nie mieć dość, gdy się na to wszystko patrzy. Wszyscy kradną, kłamią. Świat jest parszywy, tylko kasa, władza. Śmierć przy tym wszystkim jest czysta, zmywa te wszystkie brudy i oddala, są one już poza tobą, nie dotyczą ciebie i nie wkurzają. Jesteś wolny, nie cierpisz już. Boję się jej, zresztą chyba każdy się boi, ale jak tak myślę, że gdy umrę to już, no wie pan, to nikt i nic mnie nie zrani, nie sprawi mi bólu. To nie tylko o taki ból fizyczny chodzi, ale w ogóle, my jesteśmy mistrzami ranienia siebie. Mam nadzieję, że po śmierci nic nie ma. Ja jestem ateistką wierzę w to, że jak umrę, to nic tam nie będzie. Bo jak będzie jakiś tam raj, jak jest Bóg, to nawet on nie dopilnuje tego, by po śmierci, w tym rajku ludzie nie robili sobie świństw. Dlatego jestem ateistką, wolę wierzyć, że tam nic nie ma, bo ludzie z natury są parszywi i jakby żyli po śmierci, to by coś wymyślili, by upokorzyć drugiego, by go zranić. Wierzę, że śmierć jest ostatecznym końcem wszelkiego cierpienia* (Ewa, 17 lat).

Kończąc ten obraz cierpienia, przywołajmy jeszcze raz słowa 8-letniego Krzysia, który mówił dalej: *Czy aż tak jestem niegreczny, że muszę tu być,*

że tak wymiotuję i że w ogóle. Ja tak nie chcę, ja naprawdę nie jestem taki, żeby to wszystko mieć, NAPRAWDĘ.

Krzyś, Krzysztof, Ewa, Iwona, Marysia i inne dzieci, których wypowiedzi nie zostały tutaj przywołane, budują swój dzień dzisiejszy i przyszłość na cierpieniu dezintegrującym obraz samego siebie i świata: *Po co to wszystko, dla starych? Pieprzę ich, chcę spokoju, mam to w dupie, pieprzę takie życie, pieprzę wszystkich, pieprzę siebie, gówno, gówno, gówno to wszystko* (Iwo, 16 lat). 17-letni Grzegorz tak widział swoją przyszłość: *Nie wiem, jak to będzie, jak stąd wyjdę, nie wiem, czy poradzę sobie. Choroba mnie zmieniła, nie wiem, czy będę umiał żyć normalnie, nie wiem, czy sprostim tym wszystkim wymaganiom.* 17-letnia Monika mówiła tak: *Przyszłość, ale jaka? Czy ona dla mnie jest, przecież po chemii i radioterapii ja nawet nie będę mogła nigdy mieć swoich dzieci, Przyszłość? Ja jej nie mam.* Jeszcze 7-letni Wojtek: *ja już zawsze będę taki, ja już do końca życia nie będę mógł grać i bawić się, bo kto będzie się chciał kolegować z chorym na raka, kto, no kto?*

Dąbrowski w swojej teorii podkreślał jednak dynamikę doświadczanych uczuć, dynamikę, która przy wsparciu może mieć charakter pozytywny. Widać to wyraźnie w wypowiedziach dzieci i młodzieży koncentrujących się przede wszystkim na aspekcie przedziwnej transgresji doświadczanej przez nie pod wpływem cierpienia. Dostrzegają one w owej transgresji cel, którego etapem jest doświadczane cierpienie: *Nie wiem, czym jest cierpienie, ale wiem, że pomimo tego, że nikt go nie chce, to jest jakimś wyznacznikiem mnie samego. Zawsze mi te słowa się podobały, ale nigdy ich nie rozumiałem. One tak mądrze brzmiały, jak je kiedyś usłyszałem. Teraz, gdy tu jestem, to je zaczynam rozumieć. To nie jest tak, że się cieszę, ale widzę, widzę inaczej. Sorki, że to tak patetycznie, ale ono mnie zmienia* (Jarek, 17 lat). Przytoczona wypowiedź 17-letniego chłopaka pokazuje doświadczenie, które może być udziałem chorych na nowotwór młodych ludzi.

Ewa, mająca źle rokujący nowotwór, tak mówiła: *Kiedy znalazłam się tutaj, dopiero zaczęłam poznawać siebie. To nawet nie to, że zobaczyłam, jak reaguję na ból, wypadanie włosów, wymioty – strasznie to znoszę. Chyba jestem okropną pacjentką, ale zaczęłam inaczej patrzeć na wszystko. Wie pan, nie wiem, jak to powiedzieć, jest mi głupio, ale przed chorobą to moja mama mnie wkurzała, czepiała się, wtrącała. Mogę powiedzieć, że wkurwiała mnie, ups, przepraszam, wymsknęło mi się, ale tak było, zresztą teraz mnie również wku..., przepraszam, denerwuje. Widzi pan, już na tym przykładzie widać, jak się zmieniam, jestem inna, nie wiem czy lepsza, bo to bzdura, jeśli ktoś tak myśli, że jeśli ktoś jest chory, to się staje lepszy. To nie choroba zmienia, ale zmienia to wszystko, czego się doświadcza, zmienia ta chole..., przepraszam, ta inność, to że nagle wszystko się odwraca, dla mnie jest to rak, dla innych miłość, ale taka prawdziwa. Jezu co ja gadam, a może, a może choroba i miłość,*

może to ma sens, może, niech pan posłucha, no, bo właśnie chciałam o tym mówić. Wie pan, kiedyś mama mnie, powiem, że DENERWOWAŁA, teraz jak jest tu ze mną, widzę ją inaczej. Chyba jej bardziej współczuję niż sobie. O tak, właśnie tak to chciałam powiedzieć. Przystałam myśleć tylko o sobie. Wie pan, chyba po raz pierwszy tak naprawdę powiedziałam jej, że ją kocham. Kurwa, jakie to jest pojebane, że mając raka i wiedząc, że ma się przed sobą kilka tygodni, człowiek umie pokochać swoją matkę. Tak kocham ją i rozumiałam to tak naprawdę tutaj w tym pieprzonym szpitalu, dopiero wtedy, gdy razem w ten pieprzony czwartek 20 października rozumiałam, że ze mną jest źle. Na początku to byłam wściekła na wszystkich, nawet na nią, ale gdy przyszła i usiłowała spokojnie ze mną porozmawiać i widziałam, jak się broni przed wybuchnięciem płaczem ..., pamiętam, chyba pierwszy raz tak naprawdę się do niej przytuliłam, po raz pierwszy razem ryczałyśmy, nic nie mówiłyśmy, byliśmy po raz pierwszy z sobą (Ewa, 16 lat).

Doświadczenie cierpienia, zarówno Jarka, jak i Ewy, pokazują dość jednoznacznie to, co Kazimierz Dąbrowski (1979, s. 42) nazywał trzecim czynnikiem: „gdzie osoba dokonuje świadomego wyboru określonych wartości”. Podkreślić jednak należy, że czynnik ów, co podkreśla sam Dąbrowski (1979, s. 45), w „okresie dzieciństwa, jak i dojrzewania ma charakter nieustabilizowany i pozostaje na usługach niezupełnie wykrystalizowanego ośrodka dyspozycyjno-kierowniczego”.

Bardzo ciekawie ujmuje to 17-letnia Monika: *Nie miałem wyboru – zachorowałam, ale teraz muszę coś z tym zrobić. To nie jest tak, że choroba jakoś mnie zmieniła, ale musiałam dokonywać wyboru innego niż przedtem. Przed chorobą nie myślałam nigdy tak o sobie. Muszę powiedzieć, że teraz bardziej pozytywnie myślę o wszystkim. Źle się czuję, w ogóle źle znoszę chemię, ale nauczyłam się cieszyć małymi rzeczami. Cieszę się, że nie mam krwotoku, cieszę się, że mniej wymiotuję. Takie drobiazgi, kiedyś byłam bardzo zbuntowana, teraz też, ale patrzę na to inaczej. Zmieniłam się, muszę się sobie podobać z zaczerwienioną skórą po napromieniowaniu, muszę akceptować to, że wyglądam jak wyglądam i że czuję się źle. Jeśli tego nie zaakceptuję, to nie wytrzymam. Rak to ważniejsze problemy niż wygląd, rak to walka o życie, a je trzeba kochać, żeby o nie walczyć. Tego się nauczyłam. Krzysiu, lat 7, mówił: Ja nie chcę mieć raka i nie chcę umrzeć, jednak mam go i chyba nie jest ze mną dobrze, ale to nic. To nie jest nic, bo jest dobrze, ale ja tutaj, mam mamę. Mama nigdy nie była ze mną tak długo, nie krzyczy i nawet, jak już Ona też wie, że nie jest dobrze, jak wtedy rozmawialiśmy i wtedy pan doktor powiedział mamie, bo ja już wcześniej wiedziałem, bo przecież nie jestem taki, ja wiedziałem, jak pan doktor, ten taki młody przyszedł i miał krzywą minę i nie chciał nic powiedzieć, zawsze moja stara doktórka mi mówiła, a on nie chciał, ja już wtedy wiedziałem, teraz nawet się razem śmiejemy. Pan powiedział,*

że trzeba się śmiać i rozmawiać o tym, co smutne. Wtedy rozmawialiśmy, pamięta pan, rozmawialiśmy z mamą. Ona już wiedziała od pana doktora i teraz jest lepiej. Ja się boję, jak będzie jeszcze gorzej niż jest teraz, ale teraz nie, teraz cieszę się, że jest mama i że jak będzie źle, będzie ona i będzie pan i moja doktorka, przecież mówiliście, że nie zostawicie mnie. Teraz szkoda czasu, teraz chcę być z mamą i nie chcę myśleć, że jest źle.

Wydaje się, iż osoby te idą wyznaczoną przez Dąbrowskiego drogą dezintegracji pozytywnej, gdzie choroba i związane z nią cierpienie, burząc ich dotychczasowe życie, spojrzenie na świat i siebie, zmieniają ich, pozwalając spostrzegać świat i siebie pomimo bólu i lęku o życie pozytywnej. Jednak podkreślić należy tu jeden istotny fakt. Większość tych osób doświadczała pozytywnego wsparcia bądź to od rodziny, przyjaciół, bądź ze strony swojej wiary w transcendencję. Wymiar owego wsparcia przybiera różny charakter. W przypadku rodzin i bliskich nie jest to zawsze stała obecność przy dziecku na oddziale: *Mamy często nie ma, bo jest z Kubusiem, ale ja wiem, że zawsze myśli o mnie* (Ewelina, 8 lat). *Rodzice przyjeżdżają rzadko. Daleko mają i mają wiele obowiązków w domu i w ogóle, ale mam pewność, że zawsze, jak trzeba, to przyjadą* (Michał, 16 lat). *Mama i Tata nie mogą być ze mną cały czas tutaj. Czasami jak patrzę na innych, gdy ich mamy są stale, to robi mi się smutno, ale moi rodzice, wiem, że gdy będę tego tak naprawdę potrzebować, to rzucą wszystko, żeby być ze mną. Już raz tak było, gdy miałam tą zapaść przyjechali, byli ze mną i jak się wybudziłam to pierwszą rzeczą, jaką widziałam, to twarz mamy i potem zobaczyłam ojca. Nie zawiedli mnie, ale musiałam się dopiero tego dowiedzieć na krok od śmierci. Tak normalnie, gdy byłam w domu, nie myślałam tak o nich. Wiem, że mnie nie zawiodą, wiem, nie umiem im tego powiedzieć, ile to dla mnie znaczyło, że wtedy pomimo wszystkich kłopotów, byli przy mnie* (Joanna, 16 lat). Powyżej przytoczone słowa chyba dość celnie ujmują kwestię: NIE ZAWIEDLI MNIE. Te i inne wypowiedzi dzieci i młodzieży, mówiące o cierpieniu w sposób pozytywny, nie unikają opisu bólu, doświadczanego lęku, jednak wszystkie one epatują zaufaniem i doświadczanym poczuciem bezpieczeństwa. Można oczywiście prezentować w tym miejscu wiele innych przykładów, prowadzić bardziej lub mniej naukową debatę o potrzebach, ich zaspakajaniu, o lęku i bezpieczeństwie, jednak niech puentą w tym miejscu będą słowa 8-letniej Zuzi: *Nawet, gdy bardzo boli i gdy bardzo wymiotuję i pomyślę o mamie, to jest lepiej, lepiej się czuję.*

Przeprowadzone powyżej rozważania pokazują dwa wymiary doświadczanego cierpienia przez chore na nowotwór dzieci i młodzież. W kontekście tym rodzi się istotne pytanie: jak i co robić, żeby cierpienie z jednej strony ograniczyć, z drugiej zaś, gdy to jest niemożliwe pomóc przeżyć w kontekście dezintegracji pozytywnej? W tym miejscu można podjąć trud przytaczania szeregu definicji, analiz i teorii opiekuńczo-terapeutycznych, jednak wydaje się,

że najbardziej prawdziwą i szczerą odpowiedzią będzie stwierdzenie, że nie ma gotowych i uniwersalnych recept i odpowiedzi. Każdy z pacjentów jest inny, tak samo, jak każdy z opiekunów i terapeutów. To dopiero relacja między nimi może tworzyć prawdziwą możliwość niesienia pomocy. Niech za dalszą część tego stwierdzenia, a zarazem podsumowanie posłuży żydowska przypowieść:

Kiedy wielki Rabin Izrael Baal Szem-Tow wiedział, że Żydom zagraża nieszczęście, miał zwyczaj udawać się w pewne miejsce w lesie, aby medytować. Zapalał tam ognisko, odmawiał specjalną modlitwę, po czym dokonywał się cud i nieszczęście było zażegnane.

Później, kiedy o łaskę niebios wstawiał się jego uczeń, sławny Magid z Mazrycza, udawał się w to samo miejsce w lesie i mówił: Panie Wszechświata, posłuchaj! Nie umiem zapalić ogniska, lecz znam tę modlitwę. Cud znowu się dokonał.

Jeszcze później rabin Mosze-Leib z Sasowa ponownie szedł do lasu, aby ocalić swój lud, i mówił: nie umiem zapalać ogniska ani nie znam tej modlitwy, lecz znam to miejsce w lesie, i to musi wystarczyć.

Jeszcze później zadanie odwrócenia nieszczęścia spadło na Rabina Izraela z Ryży-na. Siedząc w swoim fotelu, z twarzą ukrytą w dłoniach, przemawiał do Boga: nie umiem zapalić ogniska i nie znam modlitwy, nie potrafię znaleźć nawet tego miejsca w lesie. Wszystko, co potrafię to opowiedzieć historię o naszym nieszczęściu, i to musi wystarczyć – Wystarczyło.

Tak więc **trzeba słuchać**. Jeżeli istnieje jakaś uniwersalna recepta, jest nią szacunek i wsłuchanie się w to, co nasi pacjenci mają nam do powiedzenia, gdyż nawet Bóg lubi słuchać opowieści, jak nauczał Rabin Izrael z Ryżyna.

Bibliografia

Binnebesel J. (2000), *Opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową – aspekt pozamedyczny*, Toruń.

Binnebesel J. (2003), *Opieka nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową – w oczach pacjenta*, Toruń.

Binnebesel J. (2004a), *Cierpienie i śmierć w rysunku dziecka z chorobą nowotworową*, w: S. Popek, C. Domański, B. Gawda, D. Turski, R. Bernacka (red.), *Twórczość w teorii i praktyce*, Lublin.

Binnebesel J. (2004b), *Tanatopedagogika – cierpienie socjalne w śmierci dzieci z chorobą nowotworową*, w: A. Kieszkowska, E. Trafiałek (red.), *Pomoc społeczna i praca socjalna wobec problemów współczesności – wybrane zagadnienia w teorii i praktyce*, Tarnobrzeg.

Binnebesel J. (2004c), *Dziecko w obliczu śmierci*, w: J. Bąbka (red.), *Człowiek niepełnosprawny w różnych fazach życia*, Warszawa.

Binnebesel J. (2008a), *Tanatopedagogika jako próba zrozumienia inności – syndrom Pinokio*, w: Wojciechowski A. (red.) – w druku

Binnebesel J. (2008b), *Kamil a droga cudu w tryptyku doświadczania śmierci Jana Pawła II*, w: Cz. Kustra (red.), *Wdzięczność i zobowiązanie*, Toruń 2008.

Dąbrowski K. (1979), *Dezintegracja pozytywna*, Warszawa.

Winkler B. (1996), *Ból nowotworowy jako zjawisko somatopsychiczne*, w: B. Siwek (red.), *Problemy medycyny paliatywnej w zarysie*, Lublin.



Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błęszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Ks. Filip Buczyński
Katolicki Uniwersytet Lubelski
Lublin

WYMIARY ODDZIAŁYWAŃ NA RODZINĘ Z PACJENTEM W TERMINALNEJ FAZIE CHOROBY

Świat emocji pacjenta w terminalnej fazie choroby odnosi się do wspomnień, wydarzeń aktualnych i antycypowanej przyszłości. Wzajemnie przenika się to, co przeżywa sam pacjent, z tym, co przeżywają jego najbliżsi. Emocje mają swoje źródło w myśleniu o chorobie, w zderzeniu z bolesną i bardzo trudną do przyjęcia prawdą. Zazwyczaj dzielimy emocje na „dobre i złe”. Ten potoczny podział odnosi się jednak nie do oceny emocji, ale raczej do stopnia trudności ich zaakceptowania i przeżywania.

Ważne jest to, że osoby opiekujące się pacjentami (tzw. „pomagacze”) w trakcie przyczynowego czy objawowego leczenia mają taką skłonność, by koncentrować swoją uwagę, a przez to oddziaływanie, na negatywne i przykre emocje czy doznania. Wiemy o lękach i obawach pacjenta lub jego rodziny, a często zapominamy o potrzebach i marzeniach, których spełnienie staje się także podniesieniem jakości życia. Stąd warto pokusić się o dwie sprawy. Pierwsza to odpowiedzenie na pytanie o najczęściej pojawiające się emocje (dobre i złe) zarówno u pacjenta, jak i u jego rodziny. Druga natomiast, to odpowiedź na pytanie, dlaczego one się pojawiają i co „pomagacze” powinni zrobić, by swoim podopiecznym pomóc.

Od lat mam tę radość towarzyszenia pacjentowi i jego rodzinie. Mam też ogromną satysfakcję spotykania się z licznym gronem „pomagaczy”, którzy pracują „na pierwszej linii frontu” przy łóżku pacjenta, w bliskim kontakcie z Jego rodziną. Poniższe przemyślenia są tego owocem. Analizując wspólnie

świat emocji, tych dobrych i złych, uznaliśmy wspólnie, że są takie, którym należy poświęcić szczególną uwagę, bowiem pojawiają się one w naszej praktyce zawodowej najczęściej.

Najczęstsze lęki i obawy pacjenta dotyczą:

- *bólu*

Jako psycholog i duszpasterz mam świadomość, że oddziaływanie na pacjenta w tych wymiarach wydaje się niemal bezcelowe, jeśli pacjent cierpi z powodu bólu fizycznego. Pacjent dopiero wtedy podejmie rozmowę na inne tematy, jeśli jako zespół postaramy się, by w skali 10, w subiektywnej ocenie pacjenta, ból był na 2. Dopiero wtedy pacjent będzie w stanie pomyśleć o realizacji skrywanych w sercu marzeniach.

- *poczucia bycia niepotrzebnym, utraty roli i pozycji*

W pewnych grupach społecznych istnieje opinia, że miarą wartości człowieka jest jego społeczna użyteczność, ilość wartości, jakie może wytworzyć. Myślenie to pokutuje w percepcji swojej choroby przez pacjenta. Czasami jest to poczucie bycia ciężarem dla swojej goniącej za różnorodnymi wartościami rodziny. Czasami jest to skutek poczucia, że w aktywności społecznej, zawodowej czy rodzinnej nic już pacjent nie ma do zaoferowania. Lęk przed byciem ciężarem dla najbliższych generuje myśl, że „nie jestem już nikomu potrzebny”. Niwelowanie tego lęku stanowi wielkie wyzwanie dla najbliższych. Trzeba uświadomić rodzinie, aby swoim zainteresowaniem, obecnością i okazywaną na co dzień miłością umożliwili pacjentowi odczuć, że jest ważny i potrzebny.

- *powrotu do szpitala*

Nie trzeba wielkiej intuicji czy empatii, by przyczyny tego lęku wyjaśnić. Czasami jest to strach przed byciem w szpitalu jednostką nozeologiczną, numerem łóżka. Czasami lęk przed bodźcami szpitalnymi, wśród których utrata stanowienia o sobie czy lęk przed nieszanowaniem intymności znajduje się na pierwszym miejscu. Trudno byłoby nie wspomnieć serwowanych w szpitalach potraw, które często nijak się mają do tych, podawanych w domu rodzinnym.

Czasami zdarza się, że sam pacjent deklaruje chęć powrotu do szpitala. Konieczna jest odpowiedź na pytanie, co kryje się za taką deklaracją. Czasami jest to troska o rodzinę, czasami obawa, że rodzina nie będzie w stanie opiekować się pacjentem w domu.

- *samotności*

Przyczyna tego lęku tkwi w komunikacji rodzinnej. Dramatem stają się sytuacje, w których choroba zamiast zbliżyć – oddala. Pacjent pozostaje ze swoim bólem tylko ze sobą. Tematy podejmowane z rodziną dotyczą faktów i ludzi (polityka, sąsiedzi), a nie uczuć dotyczących choroby. Jeśli pojawia się temat choroby, to tylko bezpieczne jej wymiary, np. polepszenie się jakiś parametrów życiowych. Wyniki, które pogorszyły się, przez pacjenta i rodzinę nie są zauważane. Stan taki, z perspektywy pacjenta, jest konsekwencją braku gotowości rodziny na trudne rozmowy. Gra ta czasami przerywana jest np. stwierdzeniem pacjenta „Chyba umrę”. Natomiast rodzina konsekwentnie ripostuje: „Nawet tak nie mów i nie myśl. Zobaczysz, że wszystko będzie dobrze”. Jest to komunikat wysłany do pacjenta: „Nie licz na nas, bo my sami nie mamy miejsca na Twoje uczucia, bo sami nie możemy poradzić sobie ze swoimi”. Rodzina zapomina o tym, że to pacjent umiera, a nie oni i że to on potrzebuje pomocy. Ich własny ból przesłania potrzeby pacjenta.

- *osierocenia rodziny*

Pacjent ma w sobie dużo lęku o to, jak poradzi sobie rodzina, gdy jego nie będzie

wśród żywych. Czasami jest to przysłowiowa renta babci, która utrzymuje połowę rodziny. Czasami jednak jest to obawa o status materialny w większej skali, gdy pacjent jest jedynym żywicielem rodziny, gdy to on wziął duży kredyt na budowę domu. W końcu, gdy role rodzinne, w których funkcjonował pacjent wiążą się z przejściem przez kogoś innego całkowitej odpowiedzialności w opiece nad kimś starszym (rodzic) czy wychowaniem małych dzieci.

- *utruty niezależności (w chorowaniu)*

Jakże bolesne dla pacjenta jest poczucie, że to inni (lekarze, rodzina) decydują o sposobie jego chorowania. Dotyczy to np. diety czy strukturalizacji czasu, na którą pacjent ma znikomy wpływ. Kiedy pacjent wie, że umiera, może bardzo świadomie werbalizować swoje potrzeby i pragnienia, które dla zdrowych ludzi nie do końca są zrozumiałe i istotne. Jakby przysłowiowy ogórek kiszony zjedzony niemal w agonii mógł pacjentowi zaszkodzić. Anegdotą stała się sytuacja pacjenta alkoholika, który w hospicjum na śniadanie zażyzył sobie to, co zawsze pił (wino). Problemem było, jak zaksięgować zakup wina dla pacjenta. Ostatecznie pacjent na śniadanie dostawał wino (każdego dnia o różnych smakach). Wcześniej był agresywny, arogancki. Po otrzymaniu śniadań był miły, uprzejmy, nawet wspierał przed śmiercią innych pacjentów. Możliwość decydowania o sobie nawet w tych najmniejszych sprawach zmniejsza poczucie zależności od innych.

- *sposobu umierania i śmierci*

Można umierać w bólu i osamotnieniu, można też umierać bez bólu i w otoczeniu tych, których kochamy. Można umrzeć świadomie lub we śnie. Śmierć jako doświadczenie egzystencjalne, ujmowane w różnych scenariuszach jest ostatnim i może najważniejszym wyzwaniem człowieka. Lęk ten nie ma nic wspólnego z sensem śmierci. Czasami sam pacjent sygnalizuje, w jakim miałyby to być mechanizmie. Rozmowa o tym przynosi ulgę, a nawet pacjent np. sam może podjąć taką decyzję, czy chce umierać świadomie czy pod wpływem środków nasennych, znoszących nie tylko ból, ale i świadomość.

- *tego, co będzie się działo z ciałem po śmierci*

Wyobraźmy sobie sytuację, gdy ktoś, po naszej śmierci bezcześci nasze ciało w taki czy inny sposób, albo gdy z nienależytą czcią jest ono myte i ubierane. Nie chcemy tego, gdy choć hipotetycznie pomyślimy o naszym przechodzeniu przez bramę śmierci. Dla pacjenta to nie problem odroczonego za ileś tam lat, dla niego to czas najbliższy. Zapewnienie o należyтым szacunku przynosi rzeczywistą ulgę.

- *tego, co będzie po śmierci*

W istocie jest to pytanie, przed jakim Bogiem stanę. Czy będzie to miłośny Ojciec, który przytuli i nałoży pierścień usynowienia, czy sprawiedliwy Sędzia, który głosem Archaniola wyśle na męki czyścicowe. Pojawiają się także obawy, czy spotkam się z tymi, których kocham, a którzy już poprzedzili w drodze do wieczności.

Najczęstsze marzenia i potrzeby pacjenta dotyczą:

- *nadziei na wyzdrowienie*

Nawet, gdy leczenie przyczynowe jest już zakończone, fakt ten, mimo że boli, nie jest wystarczający, by utracić nadzieję na wyzdrowienie. Nie przypadkiem istnieje powiedzenie „Nadziej umiera 5 minut po śmierci”. Co jeszcze jest źródłem nadziei pacjenta. Oto najważniejsze z nich:

- medycyna niekonwencjonalna. Jest wiele rodzin, które wydały majątek na usługi przeróżnych uzdrowicieli. Przypomina mi się ulotka znaleziona na stole umierającego dziecka, na której, w ramach zakresu usług na pierwszym miejscu znajdowało się uzdrawianie;

- pozytywne myślenie. Jego siła ma niemal moc cudotwórczą. Są koncepcje leczenia, w których stanowi ono źródło zdrowia do tego stopnia, że pacjent, który umiera powinien siebie obwiniać za chorobę. Znałem takiego pacjenta, który po wizycie takiego terapeuty miał poczucie winy, bo dalej chorował;

- pomoc Boga. Jest On Panem życia i śmierci, odwoływanie się do Boga staje się dla człowieka wierzącego oczywiste. Sanktuaria z wotami są tego widocznym dowodem;

- *uwalniania od przykrych dolegliwości*

Czasami jest to wyciąganie palcem mas kałowych, bo pacjent od tygodnia nie może się wypróżnić. Niezbędna jest pielęgnacja skóry, by uchronić przed odleżynami. Troska o jakość życia pacjenta staje się wyzwaniem dla rodziny i wielodyscyplinarnego zespołu.

- *spokojnej i godnej śmierci*

Pojawia się w tym marzeniu lęk przed bolesnym umieraniem. Czasami dopiero w takiej sytuacji pacjent rozumie sens modlitwy o godną śmierć. Jest takie powiedzenie, że można umierać jak człowiek i umierać jak pies. Da się wyczuć, że w tym pierwszym przypadku chodzi o takie warunki odchodzenia, gdzie są najbliżsi, gdy nie boli, gdzie pacjent pojednał się z Bogiem i najbliższymi i jest „zaopatrzony” na dalszą drogę.

- *realizacji realnych marzeń, dokończenia realnych spraw*

Pamiętam spotkanie z pewną bliską mi osobą. Gdy usiedliśmy, usłyszałem, że jest to spotkanie pożegnalne, bo wyjeżdża w daleką podróż. Pomyślałem o nowej pracy na wyspach, a usłyszałem, że ma przed sobą jeszcze miesiąc życia i chce pożegnać się z najbliższymi. Poprosiła mnie także, by przewodniczyć ceremoniom pogrzebowym. Usłyszałem jeszcze, że ma wiele spraw „do dopięcia”, tych urzędowych, zawodowych, rodzinnych. Życie pokazuje, że tak można.

- *poczucia bycia kochanym, obecności najbliższych, otrzymania pomocy*

Dla małego dziecka jest to fizyczna obecność. Dla dorosłego pewno też. Jest więc to pragnienie bliskości, akceptacji i miłości. Bliskość przy niedołączonym człowieku, wymagającym opieki i pielęgnacji jest znakiem wdzięczności, miłości i szacunku. Także dla ciała chorego, które go zawiodło. Najlepiej jest, kiedy parę osób z rodziny wymienia się w dyżurach przy chorym. Każdy może odpocząć, każdy czuje się potrzebny, nie ma lepszych i gorszych pomagaczy, nikt nie pada ze zmęczenia w przekonaniu, że tylko on najlepiej potrafi zaopiekować się chorego.

- *uszanowania potrzeb i autonomii*

Nieczęsto pacjent prosi o uszanowanie autonomii w chorowaniu, bo przez wiele lat czy miesięcy pobytu w szpitalu zapomniał, że ma do tego prawo. Są jednak takie sygnały, tylko trzeba nam się w nie wsłuchać lub o nie zapytać.

Wspominam takie wydarzenie, kiedy to sprawowałem mszę św. dla pacjentów leczonych na oddziale hematologii. Jeden z nastolatków, który chętnie czytał czytania na niedzielnej mszy św. poproszony, by przeczytał i tym razem – odmówił nawet uczestniczenia w liturgii. Zapytany potem, dlaczego, odpowiedział, że była to jedyna od wielu tygodni okazja, by odmówić bez konsekwencji. Powiedział mi, że w szpitalu nikt go nie pyta o zdanie, wszystko traktował jak przymus.

- *życia wiecznego w szczęściu*

Marzenie o niebie jako celu doczesnego pielgrzymowania jest czymś oczywistym dla każdego wierzącego. W tym jednak marzeniu można dopatrzeć się prośby o pomoc. Mianowicie może to być prośba o mądrego spowiednika, który bilans życia pacjenta zanurzy w Bożym miłosierdziu. W marzeniu tym jest również prośba o pomoc w zrobieniu przez pacjenta takiego bilansu życia, który daje wynik dodatni. Ujemny wynik może przynieść „białe noce”, czyli bezsenność i depresję jako owoc poczucia pacjenta, że zmarnował własne życie.

Najczęstsze lęki i obawy rodziny dotyczą:

- *bezzadności*

Poczucie bezzadności może być dominującym i wszechogarniającym doświadczeniem rodziny. Już od momentu postawienia diagnozy rodzina często, korzystając z dotychczasowych sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych, dochodzi do wniosku, że wszystkie dotychczas wypracowane sposoby zachowania homeostazy w funkcjonowaniu rodziny są nieskuteczne. Poczucie bezzadności doświadczają szczególnie mocno rodzice chorego dziecka. Wiąże się to z tym, że rodzic dla dziecka jest synonimem wszechmocy, że rodzic zaradzi każdej trudności, jaka może spotkać dziecko. Nie raz, szczególnie w trakcie leczenia przyczynowego, dziecko oczekuje od rodzica, by ten sprawił, by nie bolało, by choroba zniknęła. Bezzadność kojarzy się z doświadczeniem przegranej z chorobą, z którą rodzina walczy razem z pacjentem. Dramat ten nie znika nawet wtedy, gdy rodzina uświadamia sobie, że robi wszystko, co po ludzku jest możliwe.

- *samotności i izolacji społecznej*

Źródło tych lęków jest wielorakie, m.in. że:

- nikt nie zrozumie tego, co we mnie się dzieje,
- nikt nie doświadczył takiego bólu, jakiego doświadczam,

- nikt mnie nie rozumie, bo jak można skorzystać z rady, by „wziąć się za siebie”.

Doświadczenie izolacji społecznej to może spotkanie z brutalną próbą wyjaśnienia przez środowisko sąsiedzkie, czasami rodzinne, przyczyn zachorowania, którą wskazuje na winę rodziny lub samego pacjenta. Oczywiście jest to konsekwencją szybkiego, irracjonalnego szukania przyczyny, gdy skutek w postaci choroby jest znany. Czasami jest to rzeczywista izolacja fizyczna, bo choroba może być zaraźliwa, albo takie panuje o jej wyobrażenie.

- *śmierci i umierania*

Lęk ten wiąże się z obawą przed nieznanym. Jest jakby prośbą o wyjaśnienie mechanizmu, w jakim umrze pacjent, a także o wyjaśnienie, co w takiej sytuacji można zrobić, jak pomóc. Czasami trudna do przyjęcia jest informacja, że „tylko” trzeba być przy chorym, dając mu prawo do odejścia.

- *otrzymania potrzebnego sprzętu i możliwości wystąpienia jego awarii*

W sytuacjach, gdy pacjent ostatnie tygodnie jest w domu rodzinnym, przy jego łóżku może znajdować się ważna i cenna aparatura medyczna, którą rodzina musi nauczyć się obsługiwać, by skutecznie pomóc pacjentowi. Może się ona zepsuć, może rodzina obawiać się, że „straci głowę” w sytuacji, gdy jej szybkie użycie będzie konieczne. Może wreszcie patrzeć na nowy sprzęt jako na bezużyteczny, bo właśnie piorun uderzył w transformator i nie ma prądu, a agregatu prądotwórczego nie ma w domu.

- *bólu i cierpienia chorego*

Wszechogarniający ból, czyli fizyczny, psychiczny i duchowy jest wielkim wyzwaniem dla rodziny i zespołu leczącego. Bycie świadkiem, choć w jednym wymiarze, ujawnianego przez pacjenta bólu jest wystarczające, by poczuć się winnym i bezradnym. Czasami rodzina oddałaby własne życie, by pacjent nie cierpiał. Uczucie to jest najsilniejsze, gdy cierpi dziecko, które „niczym nie zawiniło”.

- *pogorszenia statusu materialnego*

Stan konta rodziny sprzed choroby oraz w momencie agonii jest zdecydowanie różny. Drenaż finansowy, niezbędne wydatki, znacznie uszczupliły kondycję rodziny. Czasami rodziny nie stać nawet na zakup ubrania do trumny czy opłacenie ceremonii pogrzebowych. Pomoc w tym zakresie staje się wyzwaniem dla najbliższej rodziny i zespołu opiekującego się rodziną, szczególnie pracowników socjalnych. Opieka ta winna być bardzo kompetentna, ponieważ nieraz rodzina odchodzi „z kwitkiem” od urzędnika, mimo że ustawowo należy jej się pomoc.

- *widoku i kontaktu z ciałem zmarłego*

W wielu sytuacjach przyczyna tkwi w doświadczeniach wczesnodziecięcych, przekazach, w których kontakt ze zmarłym był utrudniony („lepiej niech dziecko na to nie patrzy”), albo kontakt ten obfitował w bardzo silne emocje, z którymi trudno byłoby i teraz sobie poradzić. Lęk ten może wiązać się również z mechanizmem dysocjowania, oddzielenia informacji płynących z poziomu wiedzy i zmysłów oraz tych, które dotyczą naszych emocji.

- *własnych emocji*

Przeróżne emocje pojawiają się u członków rodziny w czasie, kiedy pacjent jeszcze żyje. Zdarzają się także myśli samobójcze. Narasta obawa przed tym, co niewiadome. Tłumienie emocji może spowodować ich niekontrolowany i nieoczekiwany wybuch. Bywa, iż pojawia się pytanie „czy ja nie zwariuję? To jest chyba niemożliwe do przeżycia”. Nieopisany ból przeszywa serca bliskich osób, ale jego odejście na dobre możliwe jest tylko przez jego przeżycie.

- *reakcji na przewidywaną śmierć innych członków rodziny*

Pojawia się tu przysłowiowa babcia, chora na serce, którą zabić może prawda o pogarszającym się stanie zdrowia innego członka rodziny, bądź jego śmierci. Czasami jest to obawa o rodzeństwo umierającego dziecka, które ochrania się przed prawdą, bo tak bardzo boli. Spotkałem się z oszukaniem dziecka, że rodzic wyjechał bardzo daleko i nie wiadomo, kiedy wróci. Rodzina daje sobie prawo do przeżywania żałoby, natomiast dziecku funduje się dramat poczucia odrzucenia.

Najczęstsze marzenia i potrzeby rodziny dotyczą:

- *wyleczenia chorego, uwolnienia go od bólu i dolegliwości*

Uczucie to jest motorem podejmowania wszelkich działań, które choć odrobinę podniosą jakość życia pacjenta. Staje się jednocześnie punktem odniesienia, kiedy, po śmierci osoby bliskiej rodzina, a właściwie każdy z jej członków, zadaje sobie pytanie, czy zrobił wszystko, co po ludzku było możliwe. Marzenie to staje się inspiracją do poszukiwania osób, które podtrzymują nadzieję na wyleczenie. Często pojawiają się tu szarlatani, którzy zapewniają „Lekarze nie dają wam nadziei (opuścili was), ale ja zrobię wszystko, co w mojej mocy (nie opuszczę was)”. Zdesperowana rodzina wydaje ogromne kwoty na tych, którzy dając niczym nieuzasadnioną nadzieję na wyleczenie, bogacą się kosztem cudzej tragedii.

- *spełnienia marzeń doczesnych i duchowych chorego*

Gotowość do spełniania marzeń pacjenta związana jest z przeżywaną antycypowaną żalobą, której jednym z elementów jest pośpiech w miłowaniu, pielęgnacji i spełnianiu wszelkich zachcianek. Szczególnie widoczne jest to w relacji do umierających dzieci. Jedynym oczekiwaniem, jakie stawiają rodzice jest takie, by dziecko żyło. Wszystkiego innego ma prawo dziecko się domagać i to otrzymuje.

- *stałej pomocy i wyręczenia w pielęgnacji*

Jeśli pacjent przebywa w domu i opieka nad nim wymaga całodobowej dyspozycyjności, to rodzina (a najczęściej jest to ktoś najbliższy, kto rzeczywiście sprawuje opiekę) z czasem staje się coraz bardziej zmęczona i poirytowana. Zauważa to sam pacjent i ujawnia podobne emocje. W efekcie końcowym pojawia się obopólne przeżywanie poczucia winy. Jeśli pomoc mająca na celu czasowe odciążanie członków rodziny nie będzie udzielona mogą pojawić się u nich objawy depresyjne lub myśli samobójcze. Dotyczy to przede wszystkim sytuacji, gdy choroba pacjenta jest postępująca, a proces ten trwa wiele lat.

- *partnerstwa z zespołem prowadzącym*

Rodzina, która podejmuje się wziąć swego chorego do domu, ma różne uczucia do personelu leczącego. Czasami jest to szacunek i uznanie, czasami gniew i złość. Zespół opieki domowej, który przyjeżdża do domu pacjenta bez trudu wyczuwa, jaki rodzina ma stosunek do poprzednich zespołów leczących. Jeśli opieka nad pacjentem w domu trwa dłużej, z czasem rodzina uświadamia sobie, że jesteśmy po tej samej „stronie barykady” i dobro pacjenta jest naszym wspólnym dobrem. Osiągnięcie tego tak bardzo zbliża zespół z rodziną pacjenta, że staje się on jakby częścią rodziny.

- *przygotowania na śmierć, bycia przy spokojnej śmierci*

Potrzeba wielkiej dojrzałości rodziny, by przygotować siebie i pacjenta na jego śmierć. Potrzeba wielkiej miłości, by dać umierającemu pozwolenie, aby odszedł. Potrzeba także wielkiej siły ducha, by ostatnim obrazem, słowem czy dotykiem doznany przez umierającego, było słowo czy dotyk najbliższych. Uświadomienie rodzinie, że to z ich obrazem ma umierający przejść na drugą stronę życia, a nie z obrazem sufitu, czy kogoś obcego, pogłębia więzi rodzinne i dobrze rokuje na rozpoczynającą się, wraz z ostatnim oddechem, właściwą żalobę.

- *przygotowania do pogrzebu*

Czasami jest to, krok po kroku, pomoc w załatwieniu wszelkich formalności pogrzebowych. Czasami jest to przekonanie rodziny zmarłego do tego, by ceremonie pogrzebowe odbyły się zgodnie z pragnieniem najbliższej rodziny. Wiąże się to z faktem, iż rodzina czuje się pod presją zwyczajów lokalnych, takich jak np. otwieranie trumny na cmentarzu. Jakże trudno otworzyć trumnę i być świadkiem zaspokajania chorej ciekawości sąsiadów, by zobaczyli, jak wygląda zmarły.

- *zabezpieczenia materialnego*

Może to dotyczyć finansowej płynności przy opłaceniu ceremonii pogrzebowych, zabezpieczenia środków do życia na każdy dzień, gdy zmarły był głównym albo jedynym żywicielem rodziny. Matka samotnie opiekująca się jedynym, nieuleczalnie chorym dzieckiem traci wszystkie zasłki i tym samym wszystkie pieniądze na życie. Taka sytuacja potęguje dramat przeżywanej żałoby.

- *badania genetycznych*

Potrzeba ta dotyczy przede wszystkim tych rodzin, u których choroba ma podłoże genetyczne. Wiedza na ten temat pozwala podejmować w pełni świadome decyzje czy działania profilaktyczne.

- *uporządkowania sytuacji rodzinnej*

Czas opieki wymaga często zmiany planu dnia całej rodziny. Wymaga również przejęcia obowiązków podejmowanych wcześniej przez zmarłego. Dotyczyć to może również zajęcia się problemami, których rozwiązanie odraczało się na potem, bo wcześniej choroba pacjenta pochłaniała całą uwagę rodziny.

- *spotkania ze zmarłym w niebie*

Pragnienie spotkania zmarłego w niebie staje się często inspiracją zmiany na lepsze swojego życia. Szczególnie często dotyczy to rodziców zmarłego dziecka, którzy uświadamiają sobie, że ich cząstka uczestniczy już w chwale nieba i na nich czeka.

Uważne słuchanie i obserwacja pacjenta oraz jego rodziny wyznacza formy udzielanej pomocy. Nauczenie się umiejętności podążania za pacjentem, przyjmowania bez oceny jego osobistych przemyśleń, pragnień i potrzeb jest kluczem do udzielenia efektywnego wsparcia. Taką postawą komunikujesz pacjentowi: „Będę z Tobą bez względu na to, co się wydarzy” – człowiek nie rodzi się sam i sam nie powinien też umierać.

Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błeszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Urszula Domańska

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

CIERPIENIE TABU. O DOŚWIADCZENIACH RODZICÓW PO WCZESNEJ UTRACIE DZIECKA

Wstęp

Co roku w Polsce około 40 000 kobiet traci swoje dziecko w skutek poronienia samoistnego, co stanowi 10% wszystkich ciąż (Barton-Smoczyńska 2006, s. 8), około 2000 natomiast – z powodu martwych narodzin (<http://www.dlaczego.org.pl/tekstystrata1.html>). Doświadczenie śmierci dziecka w okresie prenatalnym, niesie za sobą dotkliwie cierpienie matki i ojca, tak jak w przypadku utraty dziecka na każdym innym etapie jego rozwoju. Cierpienie takie ma charakter totalny (Binnebessel 2003, s. 20). Dotyka bowiem wszystkich sfer ich funkcjonowania. Cierpienie w sferze fizycznej jest udziałem matki. Doświadcza ona serii nieprzyjemnych, czasem bolesnych badań i zabiegów, zmiany hormonalne powodują dyskomfort psychofizyczny, komplikacje stanowią zagrożenie jej życia lub zdrowia itp. Cierpienie emocjonalne dotyczy obu rodziców, choć każdy przeżywa je na swój sposób. Wywołane jest ono umieraniem dziecka, cierpieniem, jakiego ono doświadcza, brakiem poszanowania godności dziecka w instytucji szpitala, samą jego śmiercią, niemożnością pożegnania się z nim, obawą przed utratą żywego ciepłego wspomnienia o dziecku, tęsknotą za nim, jest związane także z żalobą po utraconych planach i nadziejach wiązanych z potomkiem oraz lękiem przed badaniami, osamotnieniem, brakiem szacunku dla sfery intymnej kobiety roniącej, poczuciem bezradności itp. Cierpienie duchowe wywołane jest nieuzasadnionym często poczuciem winy rodziców, które niemal zawsze po-

jawia się w sytuacji śmierci dziecka, poszukiwaniem sensu takiej straty – dlaczego moje dziecko, brakiem wiedzy co do przyszłości dziecka – gdzie ono się znajduje, czy jest szczęśliwe, czy je kiedyś spotkam. Osieroceni rodzice doświadczają także cierpienia w sferze społecznej. Jego przyczyną jest społeczne tabu wokół śmierci nienarodzonego dziecka i medykalizacja poronienia. Wokół cierpiących po stracie rodziców wytwarza się społeczna pustka, a nieliczne społeczne interakcje z rodzicami w żałobie stają przyczyną ich niepotrzebnego cierpienia. Cierpienie rodziców po śmierci dziecka nienarodzonego ma swoją specyfikę. Wyraża się ona w braku społecznego przyzwolenia na żałobę po dziecku, które nie zdążyło nawiązać żadnych relacji społecznych oraz licznych mentalnych barierach, na jakie napotykają rodzice, wypełniając swoją rolę rodzicielską, która nie jest społecznie, a czasami nawet prawnie uprawomocniona.

Podkreślając wielowymiarowość cierpienia związanego z wczesną utratą dziecka, chciałabym w niniejszej pracy przyrzeć się uważniej społecznemu wymiarowi cierpienia. Omówiona zostanie kulturowo uwarunkowana „zmowa milczenia” na temat wczesnej śmierci dziecka, poszukiwanie wsparcia społecznego oraz proces medykalizacji poronienia. Praca jest ilustrowana wypowiedziami rodziców z forum internetowego, pamiętników, dzienników, stron internetowych „Dlaczego” Stowarzyszenia Rodziców po Stracie i Rodziców Dzieci Chorych oraz innych stron poświęconych problematyce poronień.

1. Społeczne reakcje na problem poronienia

Badania nad społecznym stosunkiem do poronienia przeprowadzone przez Łukasza Otrębę w Zakładzie Psychologii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach wykazały następujące prawidłowości: większość respondentów zarówno kobiet, jak i mężczyzn nie orientuje się w skali problemu poronień, większość deklaruje, że poronienie nie powinno być tematem tabu, ale aż jedna czwarta badanych miałaby problem z swobodną rozmową na ten temat z rodziną i znajomymi, pewna część badanych uważa, że jest to problem wyłącznie kobiety (por. Otręba). Inne badania psychologiczne podkreślają społeczną sytuację osieroconych rodziców. Doświadczają oni trudności w uzewnętrznianiu uczuć po stracie dziecka, które wynikają z kulturowego klimatu zarówno wobec ciąży, jak i śmierci, z zachowania otoczenia, z braku przystosowania instytucji do udzielania osieroconym rodzicom wsparcia oraz kontrastu, jaki pojawia się po śmierci dziecka między bezdusznym, kolorowym, tętniącym życiem światem zewnętrznym i szarym, smutnym światem wewnętrznym (por. Barton-Smoczyńska 2006, s. 96–108).

Analiza wypowiedzi rodziców na forach internetowych pozwala na klasyfikację ich problemów, na jakie napotykają w społeczeństwie, w którym śmierć dziecka utraconego przez poronienie lub martwo narodzonego jest tematem tabu.

1.1. Problem ujawnienia prawdy o utracie dziecka

Jednym z problemów, które pojawiają się w interakcji rodziców po stracie z otoczeniem jest problem: mówić o utracie czy nie mówić, a jeśli tak, to komu i w jaki sposób. Świadomość istnienia dziecka, nawet jeśli o jego obecności świadczy jedynie wynik ciążowego testu, i gotowość rodziców wraz z poczuciem do wejścia w rolę rodzicielską, w zestawieniu z jej prawie natychmiastową utratą oraz społeczną jej ignorancją, jest źródłem cierpienia. Jeśli utracone dziecko to ich pierwsze dziecko, często otoczenie nie traktuje kobiety jako matki ani mężczyzny jako ojca. Wiele bólu przysparza rodzicom świadomość niezrozumienia przez innych ich cierpienia: tęsknoty za utraconym dzieckiem oraz fakt, że często jedynie oni sami wiedzieli o ciąży i nie zdążyli nawet poinformować o tym najbliższych. Dziecko nie miało więc szansy na społeczne zaistnienie, a tym samym nie może liczyć na pamięć i wspomnienie. Tak relacjonuje swoje doświadczenie jedna z matek, która współczucie, jakie doznała ze strony otoczenia, traktuje jako pozorne:

„Pierwsze Maleństwo opuściło mnie w 6. tygodniu ciąży [...]. Dookoła wszyscy wydawali się rozumieć sytuację i współczuć. Ale czy rzeczywiście rozumieli? Czy rzeczywiście współczuli? Nikt nie traktował mojego dziecka jak dziecka prawdziwego. Dla innych ludzi to była po prostu ciąża. Bliscy żalowali, że tak się stało. Rodzice moi i mojego męża cieszyli się już, że zostaną dziadkami, a potem tę radość im odebrano. Ale nikt oprócz mnie nie płakał po dziecku. Tak wczesna ciąża; brak zdjęć USG, brak śladu, który moje Maleństwo zostawiłoby po sobie - tylko karta ciąży... Nie było pogrzebu ani grobu, ani jawnej żałoby...” (http://www.poronienie.pl/pozegnania_emily.html).

Inna powątpiewa w sens ujawnienia prawdy o poronieniu ze względu na społeczną reakcję:

„11 tydzień ciąży. Czwartej w moim życiu. Jeszcze nie wierzę w sukces, jeszcze wszystko się może zdarzyć [...]. Wybieramy się wspólnie na wigilię w gronie znajomych [...]. Znajomi wszyscy wiedzieli, co się stało. Większość przemilczała do bólu nasze straty. Gdy mówiłam - szybko następowała zmiana tematu. Tylko dwie osoby z tamtego grona pytały, cierpliwie wysłuchały. Ale z tym się godzę, nie każdy potrafi stanąć obok cudzego cierpienia [...] Bezmyślność ludzka nie ma granic. Kolejne życzenia... abyście w końcu doczekali się drugiego dziecka. Machinalnie odpowiadam, że czekam na czwarte. Ale nie potrafię inaczej. «Tamte dzieci» tak mocno zapadły mi

w pamięć, w serce, że to przemilczanie boli” (http://www.poronienie.pl/print/maszyny_trurla.html).

1.2. Postawa niefrasobliwości lub źle pojętej solidarności z cudzym cierpieniem

Najczęściej postawa taka nie jest wynikiem złej woli otoczenia, lecz skutkiem pewnej niekompetencji w obliczu nieznanych i niedoświadczonych osób iście wydarzeń. Wyrazem tego są potocznie używane w relacjach z osobą osieroconą slogany lub inaczej mówiąc nietrafione pocieszenia, które odnoszą zwykle skutek przeciwny do zamierzonego – wzmagają cierpienie rodziców. Ich długą listę znaleźć można na stronach internetowych. Wśród nich są takie, które pomniejszają problem, nie doceniają rozmiaru cierpienia matki: „dlaczego pani tak płacze, przecież to tylko zarodek”, „to był dopiero początek ciąży”, „nie ty pierwsza i nie ostatnia”, „jeszcze będziesz miała inne dzieci”, takie, które wymagają od matki hartu w obliczu nieszczęścia: „czas leczy rany, przebolełaś już?”, „musisz być silna, co nas nie zabije, to nas wzmocni”, „Bóg tak chciał”, a także takie, które stawiają pocieszającego w roli eksperta: „postaraj się zapomnieć, idź do fryzjera – to ci pomoże”, „lepiej, że umarło, niż byś miała się męczyć całe życie”, „przynajmniej wiemy, że pani zachodzi w ciążę”, „wiem, co czujesz” (http://www.poronienie.pl/print/bliscy_nietr.html). Karolina Zwolenkiewicz w swojej książce tak opisuje uczucia, które budziły się w niej z powodu rad, których udzielano jej zarówno podczas przypadkowych interakcji społecznych, jak i spotkań z bliskimi:

„«Nie martw się, jesteście młodzi, będziecie jeszcze mieli dzieci...». To zdanie pojawia się chyba najczęściej. I jest to jedno z najgorszych zdań, jakie mogą usłyszeć rodzice, którzy dopiero stracili dziecko [...] – Co to ma być? – myślałam sobie za każdym razem, kiedy je słyszę. Czy nam się popsuł samochód, który można wymienić na nowy? [...] Nie wiem, dlaczego ludzie zachowują się w taki sposób. Staram się ich zrozumieć i nie potrafię. Ale proszę mi wierzyć, to zdanie jest straszne. Nienawidzę tych słów, które przez kilkanaście miesięcy słyszałam setki razy. Od bliskich i od znajomych, od ludzi, których znam bardzo dobrze i od ludzi, których znam tylko z widzenia” (Zwolenkiewicz 2007, s. 87). Opisane „pocieszenia” są skutkiem bezrefleksyjnego podejścia do cudzego cierpienia. Jeśli nie spotkaliśmy się wcześniej z sytuacją utraty dziecka, korzystamy ze stereotypów, które gdzieś udało się nam usłyszeć w przekonaniu, że dobrze posłużą nam do podtrzymania lub zakończenia interakcji „z twarzą” i tym, do kogo zostały skierowane. Przytoczona wypowiedź doskonale ilustruje, jaką mają one wartość.

1.3. Trudne relacje w rodzinie

Postawa dystansu lub obojętności wobec cierpienia rodziców ze strony najbliższych jest najbardziej dotkliwa (por. Barton-Smoczyńska 2006, s. 111 – 123). Jest ona odmianą społecznej niefrasobliwości, dążeniem do przywrócenia zakłóconej równowagi przez zapomnienie. Uczestniczka forum opisuje swoją relację z matką, która w dobrej wierze nie podaje właściwej liczby wnuków:

„Czasami mam nawet żal do mojej mamy, że mówi, że ma trójkę wnucząt (moja siostra ma dwójkę) i zawsze ją poprawiam: mamo, przecież masz czworo. Jedno nas tylko wyprzedziło w drodze do nieba” (k8.75, <http://forum.gazeta.pl/forum/72,2.html>).

Inna internautka, która doświadczyła dwóch poronień, opisuje reakcję rodziny na narodziny drugiego dziecka. „No to jesteśmy w domu. Można rzecz w komplecie. Rodzina, wizyty, radość wszystkich. Gratulacje dla podwójnej mamy. Coś chwyta za gardło..., oczy pełne łez... przecież... a tamte dzieci? Dla rodziny sprawa jest jasna, czekali na dziecko, to się doczekali. To jak z książką, każde dziecko to osobna historia, osobny rozdział. Dla większości mamy za sobą dwa rozdziały. Jeden z przebojami, smutnymi wydarzeniami, ale z happy endem. Ze szczęśliwym zakończeniem – dzieckiem – i bez zmarłych dzieci. Dla mnie moja książka ma cztery rozdziały i zawsze czytając drugi i trzeci, nie potrafię powstrzymać łez, które napływają” (Monika, http://www.poronienie.pl/print/maszyny_trurla.html).

Dzieci utracone to dzieci, które się nie liczą w „społecznych rachunkach”. Radosne w gruncie rzeczy wydarzenie, jakim jest choćby przyjście na świat drugiego dziecka przez strategię społecznego zapomnienia przyczynia się do uruchomienia przyprószonej czasem trajektorii cierpienia.

1.4. Zapytanie o liczbę dzieci

Inna trudność pojawia się w sytuacji, gdy matka lub ojciec zostaną zapytani o liczbę dzieci. Sytuacja taka pojawia się w zwykłej rozmowie towarzyskiej, ale również w szkole czy urzędzie. Nieuwzględnianie zmarłego dziecka powoduje u rodziców dyskomfort psychiczny, podanie zaś informacji o śmierci dziecka, czasem wraz z jego imieniem naraża ich na pytania ciekawskich lub przykrą dla obu stron ciszę. Jedna z matek opisuje, w jaki prosty sposób można nawet nieświadomie zranić cierpiącą po stracie matkę:

„Kilka dni temu miałam taką sytuację. Spotkałam koleżankę z dawnych studiów, po trzech latach niewidzenia się. Jest w zaawansowanej ciąży. Zapytała: A ty masz jeszcze inne dzieci, oprócz córki? To pytanie padło

w hipermarkecie obok pralni... Takie zwykłe pytanie. A ja nie wiedziałam, jak na nie odpowiedzieć” (agablues, <http://forum.gazeta.pl/forum/72,2.html>).

Inna, po utracie dwójki dzieci, sama zastanawia się, jak powinna interpretować bolesną dla siebie rzeczywistość:

„Wychodzę ze szpitala po łyżeczkowaniu. I znów jesteśmy w trójkę. Nie potrafię zapomnieć tego, co się stało. Na cmentarzu stawiam dwie lampki. Ile ja mam dzieci? No ile? Jedno? Trójkę? Jak mam zapomnieć o radości z dwóch kreseczek? Jak mam zapomnieć o nadziejach, planach, marzeniach, listach pisanych do dzieci, meblowaniu na nowo mieszkania każdego dnia ciąży? Jesteśmy w piątkę, tylko, że z dwójką «po tamtej stronie»” (Monika, http://www.poronienie.pl/print/maszyny_trurla.html).

Na pytanie o dzieci jedna z kobiet ignoruje losy dalszej interakcji, kiedy pada pytanie o dzieci. Dla niej ważniejsza od oceny otoczenia jest pamięć o zmarłym dziecku:

„Ja odpowiadam, że mam, ale w niebie. Wywołuje to najpierw śmiech, a później konsternację. Wszyscy myślą najpierw, że żartuję, a później, że zwariowałam. Ale to ich problem. Nie mam zamiaru wypierać się mojego zmarłego synka” (malomi, <http://forum.gazeta.pl/forum/72,2.html>).

Jeszcze inna bierze pod uwagę intencje pytającego i sytuację, w jakiej pada pytanie:

„Na pytanie odpowiadam w zależności od okoliczności. Na przykład na przyjęciu z okazji pierwszych urodzin mojej chrześniaczki, ciotka mojej koleżanki zagadnęła nas, czy mamy dzieci, krótko zaprzeczyliśmy. Dlatego, że wiedziałam, że jej córka jest w 7 miesiącu i ona z taką radością opowiadała, jak się szykują do narodzin. Nie wiem, czy dobrze zrobiliśmy, ale chyba tak w tej sytuacji było łatwiej. Bo bym się rozwyła pewnie. Ogólnie mówię prawdę, że dwójkę, ale ich nie ma z nami” (ewa5005, <http://forum.gazeta.pl/forum/72,2.html>).

Inaczej interpretuje problem matka, która doświadczyła przykrości, gdy odpowiedziała na pytanie zgodnie z prawdą. Chroni w ten sposób swoje zmarłe dzieci przed niegodnymi uwagami:

„Hmmm... Ja po prostu odpowiadam na pytanie zgodnie z prawdą, mam czworo. Co będę tłumaczyć, że powinno być ośmioro. Raz jedyny gdzieś pacnęłam, że czworo nie żyje i wiecie, co usłyszałam... no to masz szczęście, jak byś sobie dała radę z taką kupą dzieciaków... *no comments*” (vitalia, http://forum.gazeta.pl/_forum/72,2.html).

Inny problem pojawia się w sytuacji, gdy w grę wchodzi sprawa urzędowe. Nieoczekiwaną trudnością dla rodziców może być wypełnienie prostej rubryki w dokumentach:

„Krótko po śmierci Amelki zapytał mnie mąż, co ma wpisać, jak w dokumentach będzie rubryka z pytaniem o dzieci. To było za wcześnie, że-

bym znała odpowiedź na to pytanie – wtedy naprawdę nie wiedziałam” (Ewa, <http://forum.gazeta.pl/forum/72,2.html>).

Czasami pytanie o dzieci pojawia się w nieoczekiwanym momencie. Jedna z kobiet znalazła się w kłopotliwej dla siebie sytuacji: nieujawnienie prawdy o poronieniu traktowała jako zdradę zmarłego dziecka, zaś powiedzenie prawdy mogło spowodować utratę oczekiwanej pracy:

„Kiedyś psycholog zapytał mnie, czy mam dzieci. Robiłam badania związane z pracą. Byłam po stracie dziecka w 22 tygodniu ciąży, kilka miesięcy po. Odpowiedziałam, że mam, ale w niebie. Wiele mnie to kosztowało. W tych badaniach miałam wypaść na twardą osobę. Wtedy byłam zła, bo rozkleiłam się, zaszkliły mi się oczy, poleciały łzy. Byłam zła na siebie. Ale po kilku dniach, w rozmowie z koleżanką, odczułam wielką ulgę, że nie wyparłam się mojego szczęścia, które nie jest ze mną” (eliz, <http://forum.gazeta.pl/forum/72,2.html>).

1.5. Zmiany w aktywności społecznej

Przeżywanie żałoby po utraconym dziecku powoduje wycofanie z życia towarzyskiego, brak zaangażowania w pracę zawodową lub odwrotnie ucieczkę w aktywność zawodową. Gotowość powrotu do normalności, co prawda pojawia się po pewnym czasie, ale doświadczenie śmierci dziecka zmienia trwale osobowość matki, ma także wpływ na tożsamość ojca.

Analiza wypowiedzi poniżej ilustruje trudności adaptacyjne rodziców po utracie dziecka do rzeczywistości, która przed poronieniem była częścią ich codziennego życia:

„Znajomi wyciągnęli nas do żeglarskiego pubu. Bardzo chcieliśmy się z nimi spotkać, bardzo chciałam choć przez chwilę poudawać przed sobą, że znowu jestem szczęśliwa. Przez szerokie stoły lecą szanty [...], piwo leje się strumieniami, wokół roześmiane twarze. Kiedy ostatni raz tak się śmiałam i potrafiłam śpiewać? Mam wrażenie, że od tamtej Ani dzielą mnie lata świetlne. Uświadamiam sobie, że to nasze pierwsze z mężem wyjście od dnia, w którym dowiedzieliśmy się o wyroku na Małgorzatkę. To już pół roku. Przez ten cały czas unikaliśmy radosnych spotkań, nie byłam w stanie znieść wokół siebie nastroju zabawy. Czuję, jak napływają mi łzy. Żałoba ma jednak sens [...], musi minąć czas. Dopiero potem trzeba wejrzeć w siebie i wracać powoli. Śpiewałam szanty, a w środku wylałam z rozpacz. Bo po raz kolejny uświadomiłam sobie, że już nic nie będzie takie jak przedtem, że ja już nigdy nie będę tą samą osobą co kiedyś [...]. Szepczę mężowi, że musimy wyjść. - Za wcześniej - mówię do naszych przyjaciół. Rozumieją. Mocno nas przytulają. Płacę przez całą drogę do domu” (Pamiętnik Ani, <http://www.dlaczego.org.pl/nhc.htm>).

Wsparcie przyjaciół jest nieocenione, jednak nawet w takiej sytuacji widoczny jest bolesny kontrast. Logika cierpienia, która przenika ich życie, kieruje myśli wyłącznie ku utraconemu dziecku. Nastrój zabawy, której oddają się znajomi pokazuje, że życie toczy się dalej pomimo tragedii. Taka perspektywa jest nie do zaakceptowania w fazie ostrej żałoby.

Jeszcze innym problemem jest powrót do pracy po doświadczeniach związanych z poronieniem. Jednym kobietom praca służy, inne nie mogą sobie w tej sytuacji poradzić:

„Myślałam o powrocie do pracy, co było dla mnie koszmarem, bowiem unikałam kontaktów z ludźmi, a panowie, którzy wykańczali nasz dom bardzo mi przeszkadzali, bo nie mogłam ryczeć, kiedy chciałam. Dostałam miesiąc zwolnienia [...] Powrót do pracy również był okropny. 3 miesiące nie mogłam się odnaleźć. Milczałam. Całymi dniami milczałam w pracy, w domu. Karmiłam się czarnymi myślami” (<http://www.dlaczego.org.pl/nh29.htm>).

„Powrót do pracy jest wielkim stresem, ale niektóre z nas wróciły szybko (po dwóch tygodniach, a nawet szybciej) i spotkałam się z opiniami, że tak było lepiej, że zajęły myśli pracą i szybciej wróciły «do życia». Ja miałam dwa miesiące urlopu macierzyńskiego, a powrót do pracy i tak był ciężki i tak nic już nie jest proste” (kolejna Ania, <http://www.poronienie.pl/forum/topic.php?id=426&page=2>).

Przyglądając się wszystkim tym i innym, niecytowanym tu wypowiedziom można zauważyć, że przyczyną tych wszystkich odcieni cierpienia jest, według rodziców, społeczna postawa negacji realności ich cierpienia, która dotyczy większości interakcji społecznych.

1.6. Wsparcie społeczne

Rodzice spotykają się jednak także z osobami, które potrafią okazać empatię i wsparcie. Sytuacja taka zdarza się najczęściej w najbliższej rodzinie. Nieoceniona jest postawa solidarności współmałżonka lub partnera oraz rodziców. Wsparcie w tym wypadku oznacza postawę gotowości do słuchania i powstrzymania się od dawania rad. Maciej po przeżyciu poronienia tak opisuje dramatyczną sytuację:

„Idę do Karoliny. Nie wiem, co mam mówić. Pustka w głowie Wchodzę na oddział. Strasznie się czuję. Wchodzę do pokoju Karoliny. Powiedziała, że wie już wszystko. Rozumiemy się bez słów. Rozpacz, ból. Płaczymy oboje” (Maciej, <http://www.dlaczego.org.pl/tekstypsy7.htm>).

Anna wspomina wsparcie ze strony mamy, która próbowała pomóc jej pogodzić się z utratą dziecka:

„W najtrudniejszych chwilach, gdy łzy nie pozwalały nam mówić, z moją mamą wymienialiśmy listy. W jednym z nich napisała mi... «No cóż moi dro-

dzy, powiedziała Mamusia Muminka, kiedy rankiem wszyscy wyszli do ogrodu – Już po końcu świata, teraz trzeba to wszystko posprzątać. Wbrew pozorom, córeczko, jest to bardzo głęboka filozofia życiowa...” (Dlaczego. Nasze Historie. Pamiętnik ciąży po stracie, <http://www.dlaczego.org.pl/nhc.htm>).

Zrozumienie mogą znaleźć także wśród zaufanych przyjaciół oraz w gronie ludzi, którzy sami doświadczyli podobnej tragedii. Z myślą o przyniesieniu ulgi cierpiącym po stracie rodzicom tworzone są stowarzyszenia (np. Dlaczego. Organizacja Rodziców po Stracie oraz Rodziców Dzieci Chorych), grupy wsparcia, internetowe strony (np. Portal Poronienie, Nasz Bocian) i fora dyskusyjne. Można poszukiwać tam wsparcia informacyjnego i emocjonalnego. Kilka przykładowych wypowiedzi uczestniczek forum doskonale ilustruje znaczenie obecności podobnie doświadczonych w sieci:

„...przecież każda z nas boi się tak samo – to chyba łączy nas mocniej niż cokolwiek innego. Rozumienie cierpienia, przytulenie, nawet wirtualne są ważne, ale uśmiech dziewczyny, która boi się tak samo, rozpędza chmury” (pats, portal Poronienie).

„Wicie co? Za dużo nas tutaj. Zdecydowanie za dużo. W ogóle nie powinno nas tu być! Takie moje pierwsze wrażenie po przeczytaniu tego wątku. Ale jesteśmy. Dobrze, że tutaj możemy być razem” (ina, portal Poronienie).

„Moja droga bądź silna, wszystkie tutaj wiemy, co czujesz i będziemy Cię wspierać, kiedy tylko będziesz tego potrzebowała [...] Czytając te dzielne dziewczyny ta siła się mi udziela i nie tracę nadziei...” (inka 05, portal Poronienie).

„Obok postów szczęśliwych przyszłych matek zaczęły się pojawiać wpisy dziewczyn, które spotkało to samo co mnie i MelkęX. To był rodzaj terapii. Poczułam, że nie jestem sama z oczekiwaniem na śmierć córeczki. W dniu porodu jechałam do szpitala w jakimś stopniu pogodzona z tym, co nieuchronne, wiedziałam, jakie mam prawa i czego oczekuję od lekarzy” (Anna, Miecik 2005, s. 3).

Specyficzną formą protestu przeciw społecznemu tabu a jednocześnie wzruszającym symbolem pamięci są internetowe lampki – wyraz solidarności internautów z cierpiącymi na skutek straty rodzicami. Można je wirtualnie zapalać, a każda nosi imię konkretnego zmarłego dziecka. Istotne stają się wszystkie pamiątki, jakie udało się rodzicom zgromadzić po dziecku. Może to być wynik badania USG, zachowany test ciążowy, element ubranka, zabawka, odcisk rączki lub stópki dziecka itp. Są to żywe pamiątki zwykle nieprzeznaczone do oglądania przez osoby postronne i traktowane ze szczególną miłością.

„Nawet nie mogłam Córeczki pochować. Nie mam miejsca, gdzie mogłabym ją odwiedzać. Pozostaje mi zdjęcie z USG. Nagrania skasowałam po porodzie i teraz bardzo tego żałuję (<http://www.dlaczego.org.pl>).

Jednej z matek pozostała po dziecku część ubranka, szanowana dziś jak żadna inna pamiątka:

„W torebce noszę malutką czapeczkę. Już nie pachnie dziecięcą oliwką, ale jest na niej zielony ślad po tym, jak ułało jej się z buzi. Dowód, że istniała” (Olej, Kowalska-Lasia 2004, s. 24).

Te najcenniejsze pamiątki w postaci odcisku rączki czy stópki, kosmyka włosów, zdjęcia, filmu można uzyskać często jedynie w szpitalu. Niestety, te naturalne potrzeby rodziców nie są jeszcze rozumiane w instytucji, w której droga do zmiany istniejących procedur jest długa i zmutna.

Inną formą protestu przeciw marginalizacji zjawiska śmierci małych dzieci jest Dzień Pamięci Dzieci Nienarodzonych i Zmarłych po Narodzeniu, który np. w Stanach Zjednoczonych od 1988 roku przybrał postać oficjalnego święta. Obchodzone jest ono corocznie 15 października (Olej, Kowalska-Lasia 2004, s. 24). Symbolem pamięci o zmarłych dzieciach jest przypięta w tym dniu do ubrania różowo-błękitna wstążka, znicz zapalony na cmentarzu czy kwiaty na grobach dzieci. Jest to święto zaprogramowane na złamanie społecznego tabu i wypracowanie społecznej świadomości i odpowiedzialności w obliczu problemu (<http://www.dlaczego.org.pl/tekstystrata1.htm>).

W Polsce o poronieniach słyży się od niedawna, w mediach problem przybrał formę akcji. Na wzór udanej wcześniej publicznej debaty pod nazwą „Rodzić po Ludzku”, w którą włączyły się szpitale i kliniki, zorganizowano akcję „Ronić po Ludzku”. Niestety, nie cieszy się ona takim samym zainteresowaniem społecznym. Inicjatywa medialnej informacji oraz powołanie do życia Organizacji Rodziców po Stracie i Rodziców Dzieci Chorych pod nazwą „Dlaczego” pochodzi od samych osieroconych rodziców.

2. Medykalizacja poronienia

Společną celebrację umierania i śmierci zamienia się na rytuały medyczne wynikające z medykalizującej koncepcji śmierci (por. Domańska, 2007, s. 13–15). Medycyna w oparciu o wiedzę przyrodniczą wyznacza nowy typ doświadczenia śmierci. Staje się ono zlaicyzowane, zracjonalizowane, stechnologizowane i zinstytucjonalizowane (Barański, s. 118). Proces medykalizacji poronienia jest jedną z przyczyn pogłębiającego się społecznego tabu. Niepotrzebnie skazuje rodziców na dodatkowe cierpienie. Muszą oni toczyć walkę już nie tylko o swój powrót do normalności po okresie żałoby, ale walczyć o informację na temat stanu dziecka, zachowanie godności ich dziecka

w warunkach instytucjonalnych, możliwość pożegnania z dzieckiem, prawo do pochówku. Wprowadzona do społecznego obiegu terminologia medyczna związana z utratą dziecka pozornie zmniejsza ładunek emocjonalny tragedii np. płód, zarodek zamiast dziecko, ciąża terminalna, letalna, niepowodzenie położnicze, zejście zamiast śmierć dziecka. Pozwala na traktowanie traumatycznego doświadczenia matki, ojca w kategoriach jedynie medycznego zabiegu, po którym szybko wraca się do zdrowia.

2.1. Zderzenie perspektyw

Aby wyraźnie zilustrować różnice w podejściu do utraty dziecka między personelem a osieroconymi rodzicami, zestawię dwie radykalnie odmienne interpretacje. U ich podstaw leży różnica w interpretacji poronienia i przedwczesnego porodu. Z punktu widzenia medycyny zarodek lub płód jest ważny o tyle, o ile żyje lub o ile może stanowić materiał do badań, o ile jest pacjentem (por. Rothman 2000, s. 428–432). Podejście takie usprawiedliwia przyjęte procedury postępowania w szpitalu: wyrzucanie go do kosza z odpadkami, utylizację wraz z innymi odpadami szpitalnymi, powolną śmierć w szpitalnej nerce, zaniżanie wieku dziecka, aby obniżyć statystyki śmiertelności (dziecko przed 22 tygodniem życia prenatalnego nie trafia do szpitalnej statystyki zgonów). W artykule Ewy Winnickiej, zamieszczonym w „Polityce”, znajdujemy przytoczony przez położne opis: „Kiedy na ich oddziale rodzi się żywe dziecko nie do uratowania, lekarz kładzie je do metalowej nerkki, gdzie czeka ono na śmierć. Cierpi, bo jest bardzo wrażliwe na temperaturę. Czasem, położne przyznały, słyhać, jak ono płacze. Choć może, zastanawiały się, to raczej jest cichy skrzekot. Położna sprawdza co kwadrans, czy dziecko daje oznaki życia. Potem wynosi nerkę z ciałem do badania histopatologicznego lub szybko utylizuje. Taki jest szpitalny zwyczaj” (Winnicka 2006, s. 34). Obejście niehumanitarnych procedur przez personel jest w tych warunkach niemal heroizmem: „Jak dać matce do pożegnania dziecko w metalowej nerce? Jak pokazać nerkę z ciałem, które po trudnym porodzie może być strasznie zniekształcone? To byłoby nieludzkie. Niektóre z położnych przyznały: chyba czujemy się, jak oprawcy. Ale co można zrobić, gdy szef dyżuru wyda polecenie?” (Winnicka 2006, s. 34).

Całkowicie przeciwstawną wizję znajdujemy na internetowych forach. Każdy post jest niemal ciepły od serdeczności, z jaką matki wspominają swoje utracone dzieci. Używają przy tym rozmaitych określeń: aniołek, dzieciątko, maleństwo, dzidziuś, córeczka lub synek, podając imię, podpisując się pod tekstem: mama Amelki, Stasia, Agatki itp. One nie straciły ciąży, lecz własne prawdziwe dziecko, choć bywa, wcale go nie widziały, nie czuły jeszcze, jak się porusza. Kobiety tak opisują swoją więź z dzieckiem:

„Dzisiaj byłabym prawie w 25 tygodniu ciąży. Otuchy dodaje mi myśl, że teraz już moje Słoneczko śpi spokojnie i już nie zazna bólu. Z taką myślą łatwiej mi żyć. Przez ten tydzień czuję codziennie, że jest ze mną, w mojej głowie. Moimi oczami pokazuję jej świat. Codziennie kładę się spać i utulam ją w myślach. Tak mi łatwiej, myśleć, że czuje się dobrze, jest tam u góry silna i zdrowa. Kocham ją tak, jakby była ze mną [...]. Kocham Cię Aniołku i dziękuję, że byłaś, jesteś i nadal będziesz w moim sercu” (MonikaL, <http://www.poronienie.pl/forum/topic.php?i-d=426&page=2>).

Inna matka długo oczekująca na dziecko pisze:

„Mój synek był długo wyczekiwanym dzieckiem. O tym, że z nami jest, dowiedziałam się po kilku latach bezowocnych starań. Źle było już w pierwszym trymestrze, ale w drugim, w 18 tygodniu ciąży, sytuacja stała się tragiczna - uprzedzono nas, że właściwie czekamy na śmierć dziecka... Przez kilka tygodni czepiałam się najmniejszych strzępków nadziei, ale nieuniknionego z samej natury nie można powstrzymać. Mój synek odszedł...” (http://www.poronienie.pl/pozegnania_emily.html).

Jeszcze inna kobieta z czułością wspomina swoją córeczkę:

„Moja córeczka żyła tylko 2 miesiące. Tak bardzo boję się, że jej życie nie miało żadnego sensu. Dla nikogo oprócz nas i najbliższej rodziny nie była ważna, nikt prócz nas i lekarzy jej nie znał, nikt więc nie będzie o niej pamiętał. Żadnego śladu” (Olej, Kowalska-Lasia 2004, s. 24).

2.2. *Problemy z komunikacją*

Reguły życia szpitalnego i rutyna pracy wykluczają te formy interakcji, które są najbardziej właściwe i przynoszą osieroconym rodzicom wsparcie. System kształcenia pielęgniarek, położnych i lekarzy kładzie nacisk na dystans emocjonalny wobec spraw pacjenta, aby zachować w tej relacji niezbędny obiektywizm, tym samym jednak wyklucza empatię. Lekarz ginekolog położnik traktowany jest jako ekspert w sprawach ciąży, jest uważany jako specjalista również w sytuacji zagrożenia życia dziecka lub jego utraty. Proces edukacji tymczasem nie wyposaża personelu medycznego w umiejętność właściwego komunikowania w sytuacji traumy. Dysponuje on takimi samymi wzorami zachowań lub raczej ich brakiem, jak pozostali członkowie społeczeństwa. Ponieważ jednak jest on bezpośrednim świadkiem – uczestnikiem sytuacji umierania, śmierci dziecka, w instytucji, która zakłada, że mamy do czynienia z ekspertem, oczekujemy od niego kompetentnych zachowań. Tym bardziej rażące są dla rodziców przeżywających tragedię wszelkie jego błędy w zakresie interakcji. Obieg informacji w instytucji szpitala i sposób komunikowania w sytuacji traumy doczekały się już wielu opracowań naukowych, wciąż jednak pozostają podstawowym źródłem cierpienia

dla kobiet roniących i ich współmałżonków. Brak informacji zarówno dla matki, jak i ojca oznacza utratę kontroli nad wydarzeniami. Utrata kontroli jest przyczyną stresu i utraty zaufania. Pewien ojciec pozbawiony możliwości kontaktu z żoną na skutek szybko postępujących wydarzeń, długo wyczekuje na jakąkolwiek informację na temat stanu żony i dziecka:

„Stres osiągnął swój szczyt. Pojawia się położna, która dodaje mi otuchy: ale jest puls dziecka, wszystko będzie dobrze [...]. Nagle z sali wychodzą dwie kobiety w białych fartuchach. Jedna ma w rękach małe zawiniątko. Długo dyskutują. Nie wiem o czym. Są daleko, nie słyszę. Kurczę się w sobie, czekam na cios, zaczynam domyślać się wszystkiego. Jedna z nich odchodzi (ta, która ma zawiniątko w dłoniach). Druga zmierza w moją stronę, mówiąc z oddali: «Akcja reanimacyjna trwała 30 min., nie udało się uratować dziecka». – Jak to – myślę sobie. – Czy to na pewno było do mnie? Czy to znaczy, że Dawid nie żyje? W jednej sekundzie ogarnia mnie ciemność. Płacz, strach, wielki ból [...]. Pojawia się ginekolog. Mówi coś. Już wiem, że to się dzieje naprawdę [...]. Mogę stracić Karolinę, utraciła dużo krwi, trzeba modlić się i mieć nadzieję... Chcę o coś spytać, ale ginekolog już odszedł [...]. Zaczynam walkę z wiatrakami. Z lekarzami. Blokada informacji. Nikt nie chce nic powiedzieć. Nagle okazuje się, że nie było pulsu dziecka (kłamali że był żywy, podobno dziecko umarło już w brzuchu [...]) cały personel szpitala byłby szczęśliwy, gdybym o nic nie pytał” (Maciej, <http://www.dlaczego.org.pl/tekstypsy8.htm>).

Jego żona po krwotoku, zabiegu cesarskiego cięcia unieruchomiona w szpitalnym łóżku, nieświadoma śmierci noworodka, próbuje na własną rękę uzyskać informację na temat własnego dziecka:

„– Panie doktorze, gdzie jest moje dziecko? – Spojrzał na pielęgniarkę i dłuższą chwilę stał w milczeniu.

– Panie doktorze, co się stało z moim dzieckiem? [...]

– Pani Karolino, rano przyjdzie do pani pediatra i wszystko pani wyjaśni, a teraz proszę odpoczywać [...].

– Panie doktorze, ja chcę zobaczyć moje dziecko. Czy ono jest chore? – powiedziała z płaczem w głosie.

– Pani Karolino, powiedziałem pani, rano wszystko powie pani lekarz z oddziału noworodków – oznajmił szybko i nie czekając na moje dalsze pytania, pospiesznie wyszedł” (Zwolenkiewicz, 2007, s. 32 i 33).

Brak definicji sytuacji potęguje stres, kobieta usiłuje snuć różne możliwe scenariusze wydarzeń, oprócz jednego, że synek nie żyje. Wierzy, że dziecko jest na oddziale noworodków, tak sugerował lekarz. Niewątpliwie taki model komunikowania nie buduje zaufania do lekarza.

2.3. Niehumanitarne procedury

Wyłącznie medyczna interpretacja poronienia lub narodzin martwego dziecka sprzyja również nieprawidłowemu traktowaniu matki: w imię jej powrotu do równowagi emocjonalnej odmawia się lub nie proponuje pokazania zmarłego dziecka, jej stan emocjonalny interpretuje się według medycznego modelu myślenia, nie zaś w sposób, jaki czuje i myśli kobieta. Jedną z matek, której nie pozwolono nawet zobaczyć utraconego dziecka opowiada:

„W nocy kombinowałam, jakby dostać się do lodówki i wykraść jej ciało, żeby móc choć raz ją przytulić” (Lasia, Olej-Kobus 2005, s. 24)

Innej kobiecie, która przez 3 miesiące żyła ze świadomością, że jej dziecko jest chore i umrze, również nie pozwolono się z nim pożegnać, co staje się dodatkową przyczyną stresu pourazowego:

„Odeszła moja Emilka. Upragniona Córeczka. Nie pozwolono mi jej zobaczyć, abym szybciej doszła do siebie. Mąż również jej nie widział. I nie dano nam jej ciała, bo dzieci w 20 tygodniu ciąży nie wydają rodzicom. Nawet nie mogłam Córeczki pochować” (Dlaczego. Nasze Historie. Emilka, <http://www.dlaczego.org.pl/nh29.htm>)

Tymczasem, wbrew pozorom, mniejsze cierpienie odczuwają matki, które mogły pożegnać się ze swoim dzieckiem, dotknąć go, przytulić. Izabela Barton-Smoczyńska, psycholog i terapeuta w rozmowie z internautkami zaprzecza ogólnie przyjętej mentalności: „To jest decyzja każdej kobiety, ale z doświadczeń kobiet, które patrzyły na twarz swojego martwego dziecka wynika, że zawsze widzą go najpiękniejszym i najukochańszym. Innymi słowy, matka kocha dziecko, które urodziła i nie pamięta deformacji, tylko to, co w tej twarzy jest jej bliskie” (I. Barton-Smoczyńska, rozmowy partnerów one-tu: Strata dziecka poczętego, <http://www.rozmowy.onet.pl/artykuł.html>)

Potwierdza to opowieść kobiety, diametralnie różna od poprzednich: „Prosiłam, aby pozwolono mi ją przytulić. Była bardzo malutka, a jej ciało przez ciśnienie podczas porodu bardzo zniekształcone, ale mimo to zawinięto ją w pieluszkę i pozwolono potrzymać, aż do momentu, gdy miałam zasypiać w narkozie. Potraktowano nas wtedy jak ludzi, a nie jak rozhisteryzowaną wariatkę i poroniony płód. Z szacunkiem dla naszej tragedii i z sercem” (Ewa, Lasia, Olej-Kobus 2005, s. 24).

Przykładem braku wrażliwości, która jest efektem zawężenia doświadczenia śmierci dziecka do medycznego zabiegu, a która niesie ze sobą inny jeszcze odcień cierpienia, mogą być także pseudopocieszenia, jakie się serwuje matce oraz umieszczanie jej na sali razem ze szczęśliwymi matkami. Jedną z matek roniąc we na wczesnym etapie ciąży usłyszała:

„dlaczego Pani tak płacze, to przecież tylko zarodek” (Ała, <http://www.poronie-nie.pl>).

Inna kobieta zwraca uwagę na bezmyślność personelu, u jej podstaw leży prawdopodobnie brak wypracowanych odpowiednich standardów:

„Po tym, jak stwierdzono, że serce mojego dziecka nie bije, położono mnie na sali z dziewczynami tuż przed porodem. Włączone KTG, cały czas słyszałam tętno innych dzieci, dziewczyny oglądały wyprawkę, wybierały kolor wózka. Koszmar. Personel koncentrował się na nich, ja czułam się niewidzialna” (Lasia, Olej-Kobus 2005, s. 24).

Przedkładanie społecznej wrażliwości na cierpienie drugiego człowieka nad reguły instytucjonalne zdarza się niestety na razie sporadycznie.

2.4. Poszukiwanie medycznej wiedzy

Często nie można znaleźć przyczyny poronienia, lekarze jednak także często nie są skłonni do udzielania wyczerpującej informacji, poszukującym jej rodzicom, po pierwszym poronieniu nie kierują na badania genetyczne. Taka postawa sprawia, że po tragedii rodzice często na własną rękę poszukują medycznej wiedzy, która pomogłaby im wytłumaczyć to, co się stało. Niestety, taka wiedza nie przynosi często oczekiwanej ulgi, świadomość potencjalnego ryzyka skojarzona jest bowiem z silną reakcją emocjonalną. W efekcie – oczekiwanie na następne dziecko rozpoczyna kolejną trajektorię cierpienia – wzmożony lęk przed jego utratą. W swoim pamiętniku jedna z mam pisze:

„Po każdej tragedii obsesyjnie szuka się informacji o przyczynach i możliwych zagrożeniach, by zrozumieć dlaczego tak się stało [...]. Wiem już o jedenastu tysiącach chorób genetycznych. Że łożysko odkleja się nagle i bez zapowiedzi. Że test ani żadne USG nie dadzą mi gwarancji zdrowego dziecka” (Anna, <http://www.dlaczego.org.pl/nhc.htm>).

Inna poszukiwała informacji, jak ratować swoje chore nienarodzone dziecko. Niestety, wiedza medyczna jeszcze bardziej ją niepokoiła: „Po pięciu tygodniach wiedzy byłam wrakiem. Nie wiem, co byłoby po 9 miesiącach, o ile Córeczka dożyłaby rozwiązania [...]. I serce mi się rozdziera, jak pomyślę, że swoje ostatnie pięć tygodni życia moja Córeczka przeżyła w strachu, niepewności, bólu i cierpieniu. Zatopiona w moich łzach rozpacz” (<http://www.dlaczego.org.pl/nh29.htm>).

2.5. Problemy administracyjne

Dodatkowym źródłem bólu jest walka z przepisami prawa i administracją szpitala w związku z wydaniem aktu urodzenia, odebraniem ciała zmarłego dziecka. U podstaw tego problemu leży niejasny zapis prawny i nieprecyzyjna

definicja medyczna (Olej, Kowalska-Lasia 2004, s. 24). Do dziś w praktyce jako graniczną datę uznaje się 22 tydzień ciąży i przed tą datą niechętnie wydaje się akt urodzenia. Dziecko w ten sposób traci prawo do pochówku, co dla rodziców jest często dramatem. Zgodnie jednak z aktualnie obowiązującym prawem rodzice powinni takie dokumenty otrzymać. Rodzice doświadczają wielu przykrości od profesjonalistów, którzy w sytuacji tragedii powinni udzielać im wsparcia. Tak przedstawia swoje trudności jedna z kobiet:

„Mój synek odszedł. Oprócz tej tragedii zgotowano nam istne piekło na ziemi. Przez tydzień walczyłam o dokumenty, które pozwoliłyby mi pochować moje dziecko. O tym, że mam do tego prawo poinformowano mnie w sposób pośredni

«Czy zamierza Pani odebrać ciało dziecka?», ale jeśli chodzi o dokumenty, które szpital zobowiązany jest wystawić, nikt nie zamierzał mi niczego ułatwiać. Przez kilka dni budziłam się z myślą o tym, co trzeba tego dnia zrobić, do kogo pójść, z kim i jak rozmawiać, żeby mój synek został w godny sposób pochowany. To było wtedy moje najważniejsze zadanie – nie zawieść go” (http://www.poronienie.pl/pozegnania_emily.html).

Inna kobieta, która załatwiała wraz z mężem formalności w szpitalu doświadczyła ignorancji lekarza:

„Przy wychodzeniu ze szpitala spytałam dyżurną panią doktor, gdzie mam się zgłosić po ciało. Była ciężko zdziwiona - po jakie ciało? Czego pani chce? To było poronienie, a nie poród, dziecko nie miało pół kilograma, więc ciała nie wydamy. Powtórzyłam jej słowa położnej, poszła z nią porozmawiać. Wróciła ze skrzywioną miną, no tak, podobno przepisy się zmieniły (potem dowiedziałam się, że przepisy zmieniły się półtora roku wcześniej i można odebrać ciało KAŻDEGO DZIECKA, niezależnie od etapu ciąży i wagi dzi-dziusia). Wręczyła mi też L4 na 14 dni. Poszliśmy z mężem do zakładu patomorfologii i tam spotkaliśmy faceta z zakładu pogrzebowego. To on powiedział mi, gdzie po kolei mamy iść...” (Ola, http://www.poronienie.pl/prawo_hist11.html).

Jeszcze inna sama musiała borykać się z problemami, gdyż bała się, że rodzina i współmałżonek będzie przeciwny jej decyzji odebrania ciała dziecka, również spotkała się z lekceważeniem:

„Miesiąc po poronieniu jadę do szpitala po wyniki histopatologiczne. Pytam, co zrobili z ciałkiem, słyszę spalą jak jakiś odpad. Idę do ordynatora, chcę zgody na odebranie ciała z prosektorium. Słyszę: bierz Pani i rób z tym, co chcesz. Ja na to, że chcę pochować i że potrzebuję karty zgłoszenia urodzenia dziecka martwego. Słyszę, że nie dostanę, bo nie rodziłam, tylko poroniłam. Pokazuję mu ustawy Ministra Zdrowia i Rzecznika Praw Dziecka, a on jest wobec mnie nieprzyjemny i złośliwy. Pokazuję mu druk do wypełnienia, a on zaczyna kreślić słowa dziecko, wpisuje płód, skreśla urodziła, wpisuje

poroniła. W miejsce danych dotyczących dziecka wstawia ostentacyjnie « ? » [...]. 7 marca pochowałam mój Skarbek na cmentarzu komunalnym” (Mama Mikołajka, http://www.poronienie.pl/prawo_hist12.html).

Coraz częściej na skutek tego, że rodzice sami zaczynają orientować się w przysługujących im prawach, głównie dzięki obecności na internetowych forach i stronach, niechlubne praktyki w szpitalach powoli ulegają zmianom.

Podsumowanie

Spoleczne tabu wokół cierpienia po wczesnej utracie dziecka i proces medykalizacji poronienia wyznaczają biograficzną trajektorię rodziców. Cierpienie rodziców wynika z kulturowej niekompetencji społeczeństwa do radzenia sobie z problemem śmierci w okresie prenatalnym. Doświadczają oni bezładu i dezorganizacji codziennego życia, poczucia izolacji i społecznej marginalizacji, zmianie ulega ich tożsamość i życiowe plany. Dotkliwość traumy i skala zjawiska poronień powinna skłaniać do refleksji nad kształtowaniem społecznych postaw wobec osieroconych rodziców. Dużą rolę mogą odegrać media, problem wymaga jednak systematycznej pracy, nie zaś krótkiej medialnej akcji. Pomocna okazać mogłaby się również popularyzacja doniesień z różnych dyscyplin nauki. Najwięcej badań znajdujemy na gruncie medycyny i psychologii. Brakuje analiz socjologicznych oceniających społeczne postawy wobec osieroconych rodziców oraz systematycznych badań nad stosunkiem personelu medycznego do problemu. W Internecie znaleźć można listę oczekiwania rodziców, którzy doświadczyli śmierci dziecka. Jest ona utworzona z myślą o normalizacji stosunków między osieroconymi rodzicami a otoczeniem. Głównym jej przesłaniem jest prośba o akceptację cierpienia po wczesnej utracie dziecka, przyznanie prawa do żałoby i taktowne zachowanie (por. www.dlaczego.org.pl).

Bibliografia

- Barański J. (2000), *Śmierć i zmysły. Doznania, wyobrażenia, przemijanie*, Wrocław.
- Barton-Smoczyńska I. (2006), *O dziecku, które odwróciło się na pięcie*, Łomianki.
- Binnebesel J. (2003), *Opieka nad dziećmi z chorobą nowotworową w doświadczeniu pacjentów*, Toruń.

Domańska U (2007), *Dyskurs medyczny w dobie medykalizacji*, w: K. Homenda, Grygorowicz E., Lesińska-Sawicka M. (red.), *Człowiek i jego zdrowie w holistycznym modelu medycyny*, Słupsk.

Miecik I. T. (2005), *Polska rozmowa internetowa*, Polityka nr 11.

Lasia M., Olej-Kobus A. (2005), *Poronienia. Ronić po ludzku*, Polityka nr 5.

Olej A., Kowalska-Lasia M. (2004), *Same ze śmiercią. Kilka godzin macierzyństwa*, Polityka nr 41.

Otręba Ł., *Poronienie nie musi być tematem tabu* - praca na podstawie badań ankietowych, pod kierunkiem A. Michalak, napisana w Zakładzie Psychologii Śląskiej Akademii Medycznej, <http://www.poronienie.pl>.

Rothman B. (2000), *Prenatal Diagnosis in Context*, w: P. Brown (red.), *Perspectives in Medical Sociology*, Illinois.

Winnicka E. (2006), *Między życiem a śmiercią*, Polityka nr 31.

Zwolenkiewicz K. (2007), *W otchłani śmierci, czyli jak radzić sobie po stracie dziecka*, Gliwice.

<http://www.dlaczego.org.pl>

<http://www.poronienie.pl>

<http://naszbocian.pl>



Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błeszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Agnieszka Nowicka

Zakład Opieki, Terapii i Profilaktyki Społecznej
Uniwersytet Zielonogórski

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ DZIECKA ŹRÓDŁEM CIERPIENIA I ZAGROŻEŃ DLA FUNKCJONOWANIA RODZINY

Wprowadzenie

Posiadanie potomstwa dla wielu młodych małżeństw jest spełnieniem marzeń o prawdziwej rodzinie. Nic więc dziwnego, że z niecierpliwością oczekują na narodziny upragnionego dziecka. Najczęściej nie do końca zdają sobie sprawę z tego, jak bardzo pojawienie się na świecie maleństwa zmieni ich dotychczasowe życie, wzajemne relacje, a nawet ich samych. Macierzyństwo i ojcostwo dla wielu rodziców jest bowiem źródłem nie tylko ogromnej radości, satysfakcji i wielu pozytywnych doświadczeń, lecz także napięć, problemów, kryzysów, a nawet cierpienia. Stosunkowo często dzieje się tak zwłaszcza wtedy, gdy dowiadują się, że ich dziecko dotknięte jest jakąś nieuleczalną chorobą czy niepełnosprawnością.

Niepełnosprawność dziecka stanowi dla rodziców sytuację trudną, która wyzwała szereg negatywnych emocji i zachowań oraz powoduje konieczność reorganizacji dotychczasowego życia. Jak zauważa E. Suchar, wywołuje ona: „zmiany w warunkach życia rodziny, zmienia (lub całkowicie przekształca) istniejące w niej wzory jej funkcjonowania i może stać się przyczyną nasilania się napięć i konfliktów między członkami rodziny. Konieczna jest zatem mobilizacja wewnętrznych zdolności adaptacyjnych systemu rodzinnego polegających m.in. na: przekształcaniu wzorów zachowań poszczególnych członków rodziny, zmianach w hierarchii ich wartości lub zmianach pozycji zajmowa-

nych przez nich w rodzinie – tak, aby proces adaptacji do nowych warunków zakończył się pomyślnie” (cyt. za: Twardowski 1995, s. 20).

Wielu autorów (por. Gałkowski 1978, nr 6; Twardowski 1995; Góralczyk 1996) zwraca uwagę na fakt, że adaptacja rodziców do choroby czy niepełnosprawności dziecka jest procesem, w którym istotną rolę odgrywa czynnik czasu. W przebiegu tego procesu daje się wyróżnić kilka okresów, tj.: *fazę szoku, kryzysu emocjonalnego, pozornego przystosowania oraz konstruktywnego przystosowania się do sytuacji*.

Reakcja rodziców na diagnozę o niepełnosprawności dziecka ujmowana jest w kategoriach *szoku*. Informacja ta jest dla nich ogromnym ciosem, wstrząsem psychicznym, który wyzwala u nich wiele silnych, negatywnych emocji, tj.: rozpacz, żal, poczucie krzywdy, klęski, bezradności i beznadziejności. U wielu rodziców obserwuje się w tym okresie oznaki obniżonego nastroju, zaburzenia snu, łaknienia, stany lękowe i depresyjne oraz szereg niekontrolowanych reakcji emocjonalnych, np. płacz, krzyk, złość czy agresję słowną (por. Twardowski 1995, s. 2). Ich rozpacz może też towarzyszyć oznaki odrętwienia, poczucia nierealności, mechanicznego funkcjonowania, co powoduje, że mają trudności ze zrozumieniem informacji, które przekazuje im lekarz oraz z podejmowaniem ważnych decyzji dotyczących leczenia dziecka (por. Góralczyk 1996, s. 14–15).

Zły stan psychiczny często też rzutuje niekorzystnie na relacje między rodzicami oraz na ich stosunek do niepełnosprawnego dziecka. Między małżonkami może dochodzić wówczas do nieporozumień i wzajemnego obwiniania się, a nawet wrogości. Mogą także mieć pretensje do losu i Boga.

Zdaniem A. Maciarz, czas trwania tych przeżyć, ich natężenie, objawy i skutki są zróżnicowane i zależą m.in. od płci i cech osobowości rodziców, ale także od całokształtu ich sytuacji życiowej, wpływów środowiska społeczno-kulturowego oraz wsparcia, jakie otrzymują w tym środowisku. Jednak – jak wynika z prowadzonych badań – większość matek dzieci z różnego rodzaju niepełnosprawnością (52–57%) dopiero po około 6 miesiącach pogodziła się z diagnozą i ich rozpacz uległa wyciszeniu (Maciarz 2004, s. 38–39).

Szok, związany z poznaniem przez rodziców diagnozy o niepełnosprawności dziecka, przechodzi następnie w *fazę kryzysu emocjonalnego*, nazywaną także *okresem rozpacz* lub *depresji*. Rodzice nadal przeżywają wówczas silne emocje, jednak nie są one już tak gwałtowne. W tej fazie często towarzyszy im poczucie winy, klęski, niespełnionych nadziei, osamotnienia w dramacie i niesprawiedliwości. Rodzice ciągle jeszcze nie są w stanie pogodzić się z niepełnosprawnością swojego dziecka i pesymistycznie oceniają zarówno jego przyszłość, jak i całej rodziny (por. Twardowski 1995, s. 22).

W fazie kryzysu emocjonalnego zwykle nasilają się konflikty między małżonkami. Często ich stan psychiczny stanowi główną przyczynę trudności w nawiązaniu dialogu i porozumienia. Dodatkowo matki doświadczają stanu przeciążenia, zwłaszcza gdy mocno angażują się zarówno fizycznie, jak i emocjonalnie w czynności opiekuńcze i pielęgnacyjne przy chorym dziecku oraz w obowiązki związane z prowadzeniem domu. Sytuacja ta powoduje, że narastają w nich pretensje do współmałżonka, co niekorzystnie rzutuje na ich wzajemne relacje i niekiedy stanowi przyczynę odsuwania się ojca od rodziny. Według A. Twardowskiego (1995, s. 23), zjawisko to może przybierać różne formy, tj.: „niezajmowanie się sprawami rodziny i dziecka, ucieczka w alkohol lub pracę zawodową i społeczną, wreszcie całkowite opuszczenie rodziny”.

Po okresie szoku i ostrej reakcji kryzysowej następuje *faza pozornego przystosowania się rodziców do niepełnosprawności dziecka*. W tym czasie próbują oni sprostać wyzwaniu i zafunkcjonować w nowej sytuacji, w jakiej się znaleźli. Jednak przyjmowane przez nich strategie radzenia sobie z problemami i rzeczywistością są mało racjonalne i nieefektywne. Niekiedy rodzice, cierpiąc z powodu niepełnosprawności dziecka, mogą uruchamiać różne mechanizmy obronne i tym samym deformować obraz realnej rzeczywistości zgodnie ze swoimi pragnieniami. Mogą np. nie uznawać faktu niepełnosprawności dziecka i wszelkimi możliwymi sposobami dążyć do podważenia postawionej diagnozy; poszukiwać winnych jego niepełnosprawności lub też posiadać irracjonalną wiarę w możliwość jego wyleczenia (por. Twardowski 1995, s. 24-25). Jednocześnie nie podejmują prób sensownego leczenia i usprawnienia dziecka, ograniczając się jedynie do podstawowych czynności pielęgnacyjnych, gdyż w ich przekonaniu „to i tak nic nie da”.

Z kolei inni rodzice, przyjmując do wiadomości fakt niepełnosprawności dziecka, starają się sprostać różnorodnym zaleceniom medycznym związanym z jego leczeniem i rehabilitacją oraz z zapewnieniem mu właściwej opieki. Jednak czynią to w sposób mechaniczny, automatyczny, bez podejmowania prób sensownego dzielenia się tymi obowiązkami zarówno między sobą, jak i z członkami dalszej rodziny, co po pewnym czasie wywołuje u nich poczucie zmęczenia i krzywdy (por. Góralczyk 1996, s. 15). Rodzice ci nie są jeszcze w stanie myśleć o przyszłości ani jej budować. Koncentrują się na bieżących zadaniach i obowiązkach skoncentrowanych wokół osoby dziecka. Zupełnie też zapominają o własnych potrzebach i nie są w stanie niczym się cieszyć.

Przedłużanie się fazy pozornego przystosowania rodziców do niepełnosprawności dziecka może także skutkować pojawieniem się u nich tzw. *zespołu wypalania się sił*. Zdaniem A. Maciarz (2004, s. 43), stanowi on specyficzny stan psychofizycznego wyczerpania z wieloma nasilającymi się objawami. W pierwszej fazie symptomy te przypominają stan przemęczenia

manifestujący się m.in. bólami głowy, drażliwością, obniżeniem nastroju i bezsensownością. Zwykle objawy te są bagatelizowane. Osoby znajdujące się w drugiej fazie tego zespołu próbują unikać, pomniejszać lub dystansować się wobec problemów, których źródło upatrują w innych ludziach. Jeżeli wówczas nie uzyskają specjalistycznej pomocy, ich wyczerpanie wzrasta, a jego objawy nasilają się. W trzeciej (terminalnej) fazie zespołu wypalania się sił wycofują się ze swoich obowiązków, dystansują emocjonalnie wobec dziecka, zaniedbują je, a nawet umieszczają w placówce opiekuńczej lub porzucają.

Jak zauważa M. Sekułowicz (2000, s. 71), na zespół wypalania się sił składają się również takie symptomy występujące u rodziców niepełnosprawnego dziecka, jak: emocjonalne wyczerpanie, obniżenie potrzeb osobistych osiągnięć, duże poczucie niekompetencji i beznadziejności, spadek aktywności, stopniowe wycofywanie się z różnych jej form i niepodejmowanie nowych zadań, spostrzeganie własnej sytuacji życiowej jako niesatysfakcjonującej, obniżenie samooceny i odczuwanie braku wsparcia ze strony innych osób. Zatem stres wywołany obecnością niepełnosprawnego dziecka w rodzinie powoduje, że rodzice stają wobec konieczności nauczenia się radzenia sobie z tą trudną sytuacją.

Dopiero w *fazie konstruktywnego przystosowania się rodziców do sytuacji* następuje reorganizacja ich życia rodzinnego i zwrot ku przyszłości. Podejmują oni próbę racjonalnego rozpatrzenia swojej sytuacji. Starają się zapewnić swemu niepełnosprawnemu dziecku jak najlepszą opiekę, leczenie i rehabilitację, projektują proces jego edukacji. Rodzice zaczynają sensownie dzielić się między sobą różnymi obowiązkami, a niekiedy także poszukują życzliwych i kompetentnych ludzi, którzy mogliby ich wspierać w wykonywaniu tych zadań. Nie zapominają też o własnych pragnieniach oraz o potrzebach pozostałych członków rodziny, np. o rodzeństwie niepełnosprawnego dziecka. Mimo wielu stresów, jakie towarzyszą im w codziennym życiu, u rodziców pojawiają się też uczucia pozytywne, tj.: nadzieja, poczucie wpływu na zdarzenia, satysfakcja, że poradzili sobie z wieloma problemami oraz radość z nawet minimalnych osiągnięć niepełnosprawnego dziecka.

Trudno przewidzieć, jaki wpływ na rodzinę będzie miało przyjście na świat niepełnosprawnego dziecka. Będzie to zależało od szeregu różnorodnych czynników. C. Cunningham (1994, s. 26) do najważniejszych z nich zalicza: zasoby materialne rodziny, przeszłość i doświadczenia rodziców, ich marzenia, plany wobec dziecka, jak również hierarchię wyznawanych przez nich wartości. Z kolei A. Twardowski (1995, s. 27-31) wskazuje na takie determinanty przeżyć emocjonalnych rodziców związanych z niepełnosprawnością dziecka, jak: etap rozwoju dziecka, w którym pojawia się jego niepełnosprawność; sposób, w jaki rodzice dowiadują się o zaburzeniach swego potomstwa; rodzaj i stopień niepełnosprawności dziecka oraz jej widoczność, a także za-

chowania dziecka i preferowane przez rodziców wartości i cele życiowe. Natomiast jest pewne, że w momencie narodzin niepełnosprawnego dziecka organizacja życia rodziny ulegnie zmianie, bowiem rodzice muszą przystosować się do zmian, jakie zajdą w ich życiu i podjąć szereg decyzji związanych z zapewnieniem dziecku opieki, leczenia i rehabilitacji.

Natomiast T. Gałkowski (1995, s. 55–56) wskazuje na 4 rodzaje przystosowania się rodziców do rzeczywistości, która pojawia się wraz z niepełnosprawnym dzieckiem. Pierwsze, dość częste, polega na odsunięciu ojca od wszelkich spraw związanych z dzieckiem, wszystkim zajmuje się matka. Ojciec skoncentrowany jest na pracy zawodowej i większość czasu spędza poza domem. Drugi rodzaj to sytuacja, gdy rodzice wspólnie podejmują decyzję o umieszczeniu dziecka w placówce opiekuńczej, bez względu na stopień jego niepełnosprawności. Trzeci rodzaj związany jest ze skoncentrowaniem się rodziców tylko i wyłącznie na opiece nad dzieckiem i rezygnacją z wszelkich innych planów. Natomiast czwarty rodzaj, najbardziej optymalny z punktu widzenia dziecka i jego rodziców, polega na tym, że rodzice współpracują ze sobą w procesie sprawowania opieki nad dzieckiem, nie rezygnując jednak z innych aspektów życia, własnych ambicji i zainteresowań.

Inspiracją do podjęcia przeze mnie badań, których celem było zdiagnozowanie, jaki wpływ wywiera niepełnosprawność dziecka na życie i funkcjonowanie rodziny, był kilkakrotny kontakt z matką dziecka specjalnej troski. Podczas tych spotkań stopniowo poznawałam Jej problemy i sposoby radzenia sobie z nimi. Doświadczałam też ogromu cierpienia tej kobiety związanego z koniecznością podejmowania często dramatycznych decyzji rzutuających nie tylko na dalsze życie Jej samej i ojca chłopca, lecz także na los ich niepełnosprawnego synka. Obserwowałam również imponujący rozwój Jej dziecka, któremu lekarze nie dawali większych szans na przeżycie.

Założenia metodologiczne podjętych badań

Ze względu na podjętą problematykę odwołano się do koncepcji badań jakościowych w odmianie biograficznej, których specyfika polega na analizie i interpretacji pisemnych i ustnych wypowiedzi respondentów dotyczących ich życia osobistego, doświadczeń życiowych i podzielanych przez nich opinii w sprawach interesujących badacza (Łobocki 2000, s. 295). Główną techniką badawczą był wywiad narracyjny przeprowadzony z rodzicami niepełnosprawnego dziecka, a technikami uzupełniającymi analiza dokumentacji medycznej dziecka oraz obserwacja uczestnicząca, bowiem podczas wywiadu poza informacjami przekazywanymi drogą werbalną, ważnym źródłem wiedzy

staje się obserwowane zachowanie respondentów, ich reakcje emocjonalne na poruszane problemy, wygląd i warunki życia.

Analizę i interpretację materiału empirycznego ukierunkowano na poszukiwanie odpowiedzi na następujące pytania:

- W jakich okolicznościach rodzice dowiedzieli się o niepełnosprawności swojego dziecka i jakie były ich pierwsze reakcje na tę wiadomość?
- Jakie emocje towarzyszyły im w procesie przystosowywania się do niepełnosprawności dziecka i czy ulegały one zmianie na przestrzeni czasu?
- Jakich trudności doświadczali, sprawując opiekę nad niepełnosprawnym dzieckiem i w jaki sposób je pokonywali?
- Czy objęci badaniami rodzice niepełnosprawnego dziecka otrzymali wsparcie społeczne w swoim środowisku lokalnym, a jeżeli tak, to jaki był jego zakres?
- Czy i w jaki sposób niepełnosprawność dziecka wpłynęła na wzajemne relacje między rodzicami oraz na ich życie?

Wpływ niepełnosprawności dziecka na życie i funkcjonowanie rodziny w narracji matki

Moją respondentką jest Ewa – matka 4-letniego, niepełnosprawnego Piotrusia. Ewa ma 32 lata, średnie wykształcenie, pracuje w sektorze bankowym. Jej partnerem życiowym i ojcem jej dziecka jest Marek (40-letni mężczyzna, z wykształceniem wyższym, także pracujący zawodowo). Aktualnie jednak Ewa mieszka jedynie z synkiem, w średniej wielkości mieście położonym na terenie województwa dolnośląskiego, gdyż dwa lata temu rozstała się z Markiem.

Wywiad przeprowadziłam w mieszkaniu respondentki, jednopokojowym lokum z kuchnią i łazienką. W saloniku wydzielono kącik dla Piotrusia, w którym znajdują się niskie mebelki, mnóstwo zabawek i materac, by chłopiec nie narażając się na urazy mógł swobodnie zsuwać się na podłogę i tam baraszkować. Całe mieszkanie

jest starannie i estetycznie urządzone, utrzymane w porządku. Ewa chętnie zgodziła się opowiedzieć mi historię swego *trudnego macierzyństwa*. Swą narrację rozpoczęła spokojnie, jednak gdy przechodziła do wspomnień bardzo osobistych i bolesnych, drżał jej głos, a w oczach pojawiały się łzy.

Z narracji respondentki wynika, że zanim dowiedziała się, iż zostanie matką, przez 3 lata żyła z Markiem w nieformalnym związku. Mimo łączącego ich uczucia i wspólnych zainteresowań nie myśleli o ślubie. „Doskonale się rozumieliśmy, byliśmy bardzo szczęśliwi i przekonani, że spędzimy ze sobą

resztę życia, więc akt małżeństwa nie był nam do niczego potrzebny. Także wtedy, gdy okazało się, że spodziewam się dziecka” – tak Ewa wspomina tamten okres swego życia.

O przypuszczalnych wadach płodu dowiedziała się w ósmym miesiącu ciąży, podczas rutynowych badań ultrasonograficznych. Fragment narracji respondentki ilustruje, jakie emocje towarzyszyły wówczas przyszłym rodzicom: „Ta wiadomość spadła na nas jak grom z jasnego nieba. Nie byliśmy na nią przygotowani, gdyż do tej pory ciąża przebiegała prawidłowo. Bardzo dbałam o siebie i dziecko, systematycznie chodziłam na wizyty do ginekologa, w naszych rodzinach nie było osób niepełnosprawnych. Po prostu nie mogliśmy z Markiem uwierzyć, że nasze wymarzone dzieciątko może być chore. Postanowiliśmy jednak nie martwić się na zapas i wykonać zlecone przez lekarza dodatkowe badania”.

Pogłębioną diagnozę Ewa i Marek poznali miesiąc później w Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi: „Po przeprowadzeniu badań prenatalnych okazało się, że dziecko ma 6-centymetrowy rozszczep kręgosłupa w części lędźwiowo-piersiowej, poszerzoną komorę potylicy i poszerzone półkule mózgowie. Poinformowano nas również o konieczności przeprowadzenia cesarskiego cięcia w celu jak najszybszego udzielenia pomocy dziecku. Zdecydowaliśmy więc, że zostaję w Centrum”.

Z karty wypisu ze szpitala wynika, że Piotruś urodził się w trzydziestym siódmym tygodniu ciąży w wyniku cesarskiego cięcia. Po urodzeniu uzyskał 8 punktów w skali Apgar. Chłopiec przyszedł na świat z przepukliną oponowo-rdzeniową, wodogłowiem, nogami końsko-szpotawymi, refluksem pęcherzowo-moczowodowym III stopnia, wypadniętym odbytem, wodniakiem jądra lewego oraz spodziectwem. W chwili narodzin okazało się więc, że dziecko ma znacznie więcej problemów zdrowotnych niż wykazały wcześniejsze badania.

Po narodzinach Ewę odwieziono na salę poporodową, nie pokazując jej synka i nie przekazując informacji o stanie jego zdrowia. Jak wynika z narracji respondentki, informację o tym, co dolega jej dziecku przekazała jej prawdopodobnie jedna z pielęgniarek, która przyszła, aby uzyskać jej zgodę na poddanie Piotrusia operacji: „Powiedziała mi, że z moim synkiem jest jeszcze gorzej niż myśleli, że są powikłania, że nie będzie widział ani słyszał, że może nie przeżyć i że bym podpisała zgodę na ten zabieg. Podpisałam jakiś papier i ta Pani sobie poszła...” Z relacji Ewy wynika, iż zarówno wiadomość, jak i sposób jej przekazania były dla niej niezwykle traumatyczne, do tego stopnia, że za chwilę dostała ataku hysterii: „Zaczęłam płakać, krzyczeć, chciałam poderwać się z łóżka i uciec z tego szpitala, sama nie wiem dokąd, byle jak najdalej. Zachowywałam się jak wariatka, bo przecież byłam po znieczuleniu oponowym, więc nie czułam własnych nóg, ale w takiej chwili człowiek nie myśli racjonalnie... Wszystko się czuje naraz w takich momen-

tach: żal, smutek, pragnienie, by to wszystko okazało się nieprawdą, jakąś straszną pomyłką, albo żeby... no właśnie... (płacz)... najgorsze myśli przycho-
dzą wtedy człowiekowi do głowy”.

Mimo iż od tamtych wydarzeń upłynęły już 4 lata, moja respondentka nadal bardzo cierpi, gdy przypomina sobie okoliczności narodzin swego synka. Cały czas pamięta twarz kobiety, która w tak mało delikatny, by nie powie-
dzieć bezduszny, sposób poinformowała Ją o stanie zdrowia dziecka. W trakcie dzielenia się ze mną swoimi doświadczeniami związanymi z pobytem w szpitalu Ewa była bardzo poruszona, trzęsły jej się ręce, zała-
mywał głos.

W drugiej dobie życia Piotrusia poddano zabiegowi plastyki przepukliny z wycięciem garbu kostnego. W trakcie pobytu na oddziale, opierając się na badaniach fizykalnych i ultrasonograficznych przeciemiennowych, u chłopca obserwowano cechy narastania wodogłowia, co spowodowało ko-
nieczność wszczęcia mu zastawki dokomorowo-dootrzewnowej w ósmej dobie życia. W czternastej dobie życia doszło do pogorszenia stanu ogólnego dziecka z powodu niedrożności porażennej jelit. Jednak po włączeniu antybio-
tykoterapii i zastosowaniu żywienia parenteralnego, stan Piotrusia ulegał stopniowej poprawie. Przebywając w szpitalu, chłopiec był również pod opieką ortopedów, którzy reponowali mu kończyny dolne z zastosowaniem szyn gip-
sowych oraz rehabilitantów.

Jeszcze podczas pobytu w Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, Ewa dowiedziała się od lekarzy o rozległym uszkodzeniu mózgu u swojego dziecka i o jego znikomych szansach na przeżycie. Wspomina to następująco: „Twier-
dzili, że Piotruś będzie żył krótko, bo ma bardzo niską odporność i że naj-
prawdopodobniej wystąpią u niego dodatkowe powikłania, że jego egzystencja
będzie przypominała wegetację”. Chcąc zaoszczędzić matce cierpienia, radzili
Jej, by rozważyła możliwość umieszczenia syna w ośrodku opiekuńczym dla
dzieci niepełnosprawnych. Poinformowali Ją też, że niedaleko Łodzi znajduje
się jedna z takich placówek prowadzona przez siostry zakonne, które
z oddaniem pielęgnują swych podopiecznych.

Wszystkie te stresujące wydarzenia, wiadomości i sugestie przytłoczyły
Ewę, o czym świadczy Jej wypowiedź: „W takim momencie człowiek ma wra-
żenie, że jego mózg jest zdrętwiały, że nie jest w stanie logicznie myśleć, nie
jest w stanie nad niczym zapanować, podjąć żadnej decyzji. A co się wtedy
czuje – niesamowitą rozpacz!”

W trakcie przebywania na oddziale respondentka uczestniczyła także
w kilku spotkaniach z psychologiem, dzięki którym mogła bardziej racjonal-
nie przeanalizować własną sytuację i wyciszyć emocje. „Ważne było to, że ta
Pani w ogóle była, że mogłam jej powiedzieć, co czuję, że mogłam się przed nią
wyzłocić i wypłakać. Ona mnie ani nie negowała, ani nie oceniała. Podsuwa-

ła mi do przemyślenia różne rozwiązania moich problemów. Radziła, abym się nie spieszyła z podjęciem ostatecznej decyzji. Powiedziała też, że jeżeli rozważam możliwość oddania synka do zakonnicy, to po prostu będzie lepiej, jak nie będę go widziała” – wspomina Ewa. Ponadto jak wynika z narracji respondentki, w szpitalu mogła ona także liczyć na wsparcie lekarzy, którzy okazali jej dużo życzliwości, oraz księdza, z którym jednak nie chciała rozmawiać. Niestety, w tym trudnym dla niej momencie, nie było przy niej nikogo bliskiego – ani rodziców, ani Marka, z którym kontaktowała się telefonicznie.

Po czterech dniach pobytu na oddziale w Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, Ewa i jej partner zrzekli się praw rodzicielskich do synka i wrócili do domu. Jednak u respondentki wystąpiły objawy depresji poporodowej. W nocy nie mogła spać, a rano – wstać z łóżka, nie miała siły się umyć, ubrać, żyć. Unikała też kontaktów z innymi ludźmi, gdyż drażniły ją *pytające spojrzienia* sąsiadów i podejmowane przez rodzinę i przyjaciół próby rozmowy na temat dziecka. To, co wtedy myślała i co czuła obrazuje fragment Jej narracji: „Byłam w szoku poporodowym. Nigdy wcześniej nie rozumiałam tego określenia. Jeszcze będąc w ciąży, gdy czytałam w prasie o kobietach, które były w takim stanie, zastanawiałam się, jak to jest możliwe, że matka odsuwa się od dziecka, nie chce go widzieć, nie pragnie się nim zajmować. Teraz już wiem, jak to jest i co się wtedy czuje. Nie chce się wówczas słyszeć żadnych wiadomości na temat maleństwa, w ogóle żadnych rozmów. Człowiek ma świadomość, że powinien zachowywać się inaczej, że byłby potrzebny, ale niczego nie jest w stanie zrobić i to jest straszne. Dopada cię wtedy potworna niemoc i obojętność, a jednocześnie w środku wszystko w tobie wyje z bezradności i bólu”.

Ten stan trwał u respondentki blisko dwa miesiące. Otoczona opieką Marka i rodziców powoli dochodziła do siebie. Coraz częściej też myślała o swoim porzuconym synku. Zastanawiała się, czy jeszcze jest w szpitalu i w jakim jest stanie. Pewnego dnia postanowiła zadzwonić do centrum zdrowia i czegoś się o nim dowiedzieć. Od tej pory, co kilka dni telefonicznie kontaktowała się z lekarzami, którzy lakonicznie informowali ją o stanie zdrowia Piotrusia. „Mówili: *chłopczyk jest stabilny, nic nie zagraża jego życiu*. Zapominali tylko dopowiedzieć, że jego stan systematycznie się poprawia i że z tygodnia na tydzień jest coraz bardziej kontaktowy” – wspomina Ewa.

Stopniowo w respondentce budziły się uczucia macierzyńskie i tęsknota za dzieckiem. Zastanawiała się, czy słusznie postąpiła pozostawiając synka w szpitalu, czy nie podjęła tej decyzji zbyt pochopnie. Wspólnie z ojcem Piotrusia rozważała, czy byłoby w stanie wychowywać niepełnosprawne dziecko, czy w ich miejscowości byłyby szanse na jego leczenie i rehabilitację. Bali się jednak podjąć ostatecznej decyzji w tej sprawie. Po upływie niespełna trzech miesięcy od narodzin Piotrusia, Ewie przyśnił się synek. Matka wspomina ten

fakt następująco: „Pewnej nocy śnił mi się Piotruś. Wyciągał do mnie rączki i się uśmiechał. Nie wiem, jak to możliwe, bo w rzeczywistości nie wiedziałam, jak wygląda moje dziecko. Czułam jednak, że to maleństwo, to mój synek. Rano, gdy się obudziłam, nagle wszystko stało się jasne, wszystko rozumiałam. Wiedziałam, że muszę po niego jechać. Powiedziałam Markowi, że jadę po małego bez względu na to, czy mu się to podoba, czy nie. Że muszę go zobaczyć i jeżeli chce, to może wybrać się do Łodzi razem ze mną, a jeżeli nie, to ja to zrozumieję. Powiedział: *Oczywiście, że pojedziemy*. I następnego dnia byliśmy już w centrum i mogłam wreszcie przytulić własne dziecko. Gdy wzięłam Piotrusia na ręce i popatrzyłam w jego oczka, wiedziałam, że już go nie oddam! Przepraszałam go w myślach, że tak późno po niego przyjechałam ...”.

Podczas wywiadu respondentka charakteryzowała też przeobrażenia zachodzące w Jej relacjach z ojcem dziecka, o czym świadczą następujące fragmenty Jej narracji: „W czasie ciąży, kiedy dowiedzieliśmy się o prawdopodobnych wadach genetycznych dziecka, miałam w Marku oparcie. Oboje bardzo się martwiliśmy, że dziecko jest chore. Mieliśmy jednak nadzieję, że może stanie się jakiś cud i diagnoza lekarska okaże się koszmarną pomyłką, albo, że chorobę maleństwa będzie można wyleczyć. Marek był przy mnie także w trakcie badań w Łodzi. Pocieszał mnie jak umiał, dodawał mi odwagi i, tak jak ja, miał nadzieję, że lekarze przekażą nam dobre wiadomości. Niestety, cudu nie było, tylko rozpacz. I na dodatek okazało się, że muszę zostać w centrum zdrowia aż do rozwiązania. Począł aż się zainstaluję na oddziale i pojechał... Poczulałam się okropnie... Gdy byłam w szpitalu, Marek często do mnie dzwonił. Pytał, jak się czuję, co zrobimy, jak to wszystko będzie wyglądać i czy jestem w kontakcie z lekarzami.”

Po raz pierwszy ojciec ujrzał syna w chwili, gdy pojechał wraz z Ewą do Łodzi, by zabrać go ze szpitala do domu. Jak wynika z relacji respondentki, gdy ona tuliła Piotrusia w ramionach, Marek stał z boku i się im przyglądał. Nie podszedł do dziecka, nie dotknął go, nie okazywał żadnych emocji. Nawiązał z synkiem kontakt dopiero w domu, gdy zaczął się nim opiekować. Dopóki dziecko było małe, ojciec często się nim zajmował. Współuczestniczył w jego pielęgnacji, leczeniu i rehabilitacji. Angażował się też w inne obowiązki domowe. Wszystko zaczęło się zmieniać, gdy niepełnosprawność Piotrusia stawała się coraz bardziej widoczna dla osób postronnych, a proces rehabilitacji nie przynosił spodziewanych efektów. Rozwój ruchowy chłopca zatrzymał się bowiem na etapie pełzania, co było dla ojca bardzo przykre i frustrujące. Jak wspomina Ewa: „Marek cierpiał, gdy porównywał naszego synka z innymi dziećmi w zbliżonym wieku. Miał pretensje do rehabilitantów, że nie są w stanie lepiej usprawnić Piotrusia. Było mu przykro, bo tak bardzo się staraliśmy pomóc naszemu dziecku, ale niestety nikt nie mógł przywrócić mu pełni zdrowia. Podczas spacerów wydawało mu się, że wszyscy ludzie dostrze-

gają niepełnosprawność Piotrusia i nam współczują. On tego po prostu nie wytrzymawał!” Respondentka przyznaje, że wspólnie ze swoim partnerem życiowym uzgodnili, że on będzie pracował zawodowo, a ona pójdzie na urlop wychowawczy i zajmie się prowadzeniem domu oraz rehabilitacją synka. Początkowo rozwiązanie to wszystkim odpowiadało. Z czasem jednak okazało się, że Ewę całkowicie pochłonęły obowiązki macierzyńskie, a Marka – sprawy zawodowe i koledzy. Coraz trudniej było im się porozumieć i znaleźć czas tylko dla siebie. Każde z nich miało swoje życie i w konsekwencji doszło do rozstania. Niestety, wraz z przeprowadzką, ojciec całkowicie zerwał kontakty nie tylko ze swoją dotychczasową partnerką, lecz także z synem.

Matka, zmuszona do podjęcia pracy zawodowej, w trzecim roku życia zapisała Piotrusia do ośrodka rehabilitacyjnego dla dzieci niepełnosprawnych, w którym kompleksowo i systematycznie przez dwa lata usprawniało go szereg specjalistów, tj. rehabilitanci, pedagodzy, psychologzy i logopedzi. Okazało się, że pod względem intelektualnym, emocjonalnym i społecznym dziecko rozwija się stosownie do wieku, dlatego w wieku czterech lat Piotruś zaczął uczęszczać do przedszkola integracyjnego. W przedszkolu chłopca poddano diagnozie w poradni psychologiczno-pedagogicznej w celu ustalenia jego potencjalnych możliwości rozwojowych. Jak wynika z opracowanej przez specjalistów opinii, Piotruś jest dzieckiem spokojnym, pogodnym i ufnym. Ma bardzo dobry kontakt z otoczeniem. Uważnie obserwuje wszystko, co dzieje się wokół niego. Naśladuje proste gesty, przejawia potrzebę kontaktu werbalnego. Okazuje zadowolenie i dobre samopoczucie lub niepokój. Dobrze i szybko adaptuje się w nowym otoczeniu.

Podczas wywiadu respondentka stwierdziła, że może liczyć na duże wsparcie ze strony swojej rodziny. Jej rodzice zawsze chętnie opiekują się wnukiem i często go odwiedzają. Natomiast kontakty Piotrusia z dziadkami ze strony ojca są okazjonalne i zwykle przez nią wymuszone. Dochodzi do nich tylko w sytuacji, gdy matka nie ma z kim pozostawić synka. Ewa przyznała również, że często może liczyć na pomoc przyjaciół, co wyraziła następującymi słowami:

„To właśnie oni (przyjaciele) pocieszają mnie w chwilach załamania, oni też wraz ze mną cieszą się każdym osiągnięciem Piotrusia. Gdy brakowało mi środków na dalszą rehabilitację synka, zorganizowali mecz charytatywny, z którego dochód wpłynął na jego konto. Wiem, że zawsze mogę na nich liczyć”.

Respondentka docenia też pomoc rehabilitantów i nauczycieli Piotrusia, którzy stymulują jego rozwój.

Podsumowanie

Przystępując do badań miałam nadzieję, że poznam dwie historie – Ewy i Marka – które wzajemnie się dopełniając, stworzą jedną całość. Niestety, ojciec Piotrusia – mimo wstępnych deklaracji – po opuszczeniu rodziny nie zgodził się na przeprowadzenie z nim wywiadu, a szkoda, gdyż cenne byłoby poznanie jego przeżyć i sposobu spostrzegania jego sytuacji rodzinnej. W podsumowaniu odniosę się więc wyłącznie do tych informacji, które przekazała mi Ewa.

Moja respondentka o tym, że urodzi niepełnosprawne dziecko, dowiedziała się będąc w ósmym miesiącu ciąży. Powiedział to lekarz, który wykonywał badanie ultrasonograficzne. Informację przekazał Jej oraz ojcu dziecka w sposób spokojny i rzeczowy, wskazując na potrzebę wykonania badań prenatalnych w Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Wiadomość ta była dla rodziców ogromnym zaskoczeniem, gdyż wcześniejsze wizyty u ginekologa nie wskazywały na jakiegokolwiek komplikacje zdrowotne dziecka.

Jednak ostateczną diagnozę Ewa i Marek poznali blisko miesiąc później i niestety nie była ona pomyślna. Okazało się, że ich dziecko przyjdzie na świat z tzw. nie-pełnosprawnością złożoną (rozszczep kręgosłupa, uszkodzenia mózgu). Przeżyli więc szok, zwłaszcza że oczekiwali narodzin pierwszego, upragnionego dziecka, z którym wiązali tyle marzeń i planów na przyszłość. Na dodatek Ewa musiała od razu pozostać w szpitalu, oddalonym od miejsca ich zamieszkania o setki kilometrów, co było związane z koniecznością wykonania tzw. cesarskiego cięcia w celu jak najszybszego podjęcia leczenia jej dziecka. Rodzice nie byli przygotowani na taką ewentualność. Marek wziął tylko jeden dzień urlopu i po przyjęciu Ewy na oddział wrócił do domu.

W moim przekonaniu właśnie tego dnia przeżyli oni wielką traumę, która być może zadecydowała o ich dalszym życiu. Zaskoczeni aż tak niekorzystnym rozpoznaniem, załamani całą tą sytuacją nie byli w stanie racjonalnie myśleć. Marek nie wpadł na pomysł, by zadzwonić do swego pracodawcy i przedłużyć urlop, Ewa natomiast, gdy została sama na oddziale poczuła się bardzo osamotniona i nieszczęśliwa. Nie doświadczyła tak bardzo potrzebnego jej wówczas wsparcia („Poczekaj aż się zainstaluję na oddziale i pojechał... Poczulałam się wtedy okropnie!”). Poza stresem związanym z samym porodem, denerwowała się również stanem zdrowia dziecka, czekającymi je zabiegami itp. Sądzę jednak, że ojcu dziecka wcale nie było łatwiej. Przypuszczam, że także bardzo przeżywał zarówno samą diagnozę, jak narodziny swojego niepełnosprawnego dziecka. Myślę również, że odczuwał dyskomfort psychiczny zwią-

zany z pozostawieniem załamanej Ewy samej w szpitalu, o czym mogą świadczyć częste rozmowy telefoniczne, które z nią odbywał.

Takich bolesnych wydarzeń w życiu mojej respondentki i Jej partnera było w ciągu kilku następných dni znacznie więcej. Kolejne z nich było związane z chwilą przyjścia na świat ich synka, kiedy to okazał się, że dziecko dotknięte jest jeszcze większą ilością zaburzeń niż wskazywały na to wyniki badań prenatalnych (wodogłowie, spodziectwo, stopy końsko-szpotaawe, wypadnięty odbyt itp.). Myślę, że mimo niepomyślnych prognoz rodzice zawsze mają nadzieję, że może w rzeczywistości nie będzie tak źle albo, że większość tych wad będzie możliwa do skorygowania lub wyleczenia.

W przypadku Ewy dodatkowym obciążeniem psychicznym była niefortunną rozmowa, jaką odbyła z nią jedna z pielęgniarek, która bez ogródek, może nawet przesadnie dobitnie, poinformowała ją o rzeczywistym stanie zdrowia dziecka, co skończyło się atakiem hysterii. Mało delikatny okazał się również lekarz, który utwierdził matkę w poczuciu beznadziejności i nieszczęścia, przedstawiając jej głównie skomplikowaną sytuację zdrowotną dziecka i sugerując zrzeczenie się praw rodzicielskich do synka i umieszczenie go w placówce opiekuńczej. Nie potrafię sobie nawet wyobrazić ogromu cierpienia, jakiego doświadczyła wówczas Ewa, tych wszystkich strasznych myśli, które kołatały jej po głowie, tych silnych, negatywnych emocji, które przeżywała. Jestem natomiast przekonana, że potrzebowała wówczas choćby odrobiny ludzkiego współczucia i promyczka nadziei, który dodałby jej sił do walki z przeciwnościami losu. Potrzebowała również bliskości Marka, jego wsparcia, zapewnien, że razem dadzą radę, że nie jest sama.

Wszystkie te okoliczności sprawiły, że Ewa podjęła chyba jedną z najbardziej dramatycznych decyzji o porzuceniu swego dziecka. Decyzję tę podjęła samodzielnie, ponosząc za nią pełną odpowiedzialność, przede wszystkim moralną. Jak wynika bowiem z Jej narracji: „Marek tylko dzwonił i pytał, jak jest, co dalej będzie i co radzą lekarze i psycholog”. Być może także był przerażony całą tą sytuacją. Nie zadał sobie jednak trudu, by przyjechać do Łodzi, na własne oczy przekonać się, jak wygląda jego synek i jaki jest rzeczywisty stan jego zdrowia. Nie podjął osobistej rozmowy z lekarzem na temat możliwości leczenia i rehabilitacji dziecka, obarczył tym Ewę, która była w stanie depresji poporodowej.

Dopiero kilka tygodni po powrocie do domu Moja respondentka odzyskała względną równowagę psychiczną. Otoczona miłością życiowego partnera i rodziców, a także serdecznością przyjaciół wracała do pełni sił i bardziej racjonalnie zaczęła postrzegać rzeczywistość. Wspólnie z Markiem czyniła rozpoznanie, czy i gdzie w ich miejscowości można by leczyć i usprawniać niepełnosprawne dziecko. Powoli oswajała się z myślą, że mogłaby wychowywać swojego synka. Odkrycie to spowodowało, że telefonicznie zaczęła dowiadywać

się o samopoczucie Piotrusia, tęsknić za nim, aż pewnego dnia zdecydowała, że pojedzie po niego do szpitala i zabierze go do domu. I znowu, co potwierdzają Jej słowa, decyzję tę podjęła sama. Nie konsultowała jej wcześniej z Markiem, lecz jedynie poinformowała go o swym postanowieniu, pozostawiając prawo wyboru – albo się z nią zgadza, albo nie – ale wtedy ich drogi się rozejdą.

W tym momencie Ewa była już pewna swej decyzji, a Marek? Tego ostatecznie nie wiemy. Pewne natomiast jest, że stanął na wysokości zadania, pojechał z Ewą po synka do Łodzi i próbował zostać dobrym ojcem. Potwierdzają to słowa respondentki, która potwierdzała, że początkowo jej partner pomagał jej w obowiązkach domowych oraz w opiece nad synkiem. Włączał się także w proces leczenia i rehabilitacji dziecka, mimo iż pracował zawodowo. Dlaczego jednak po dwóch latach porzucił swoją rodzinę? Być może uruchomił się jeden z opisanych przeze mnie we wprowadzeniu mechanizmów obronnych polegający na odsuwaniu się od swych bliskich. Jak wynika z narracji Ewy, tylko Marek w owym czasie prowadził aktywność zawodową. Ona przebywała na urlopie wychowawczym i całkowicie oddała się obowiązkowi macierzyńskiemu. Być może będąc przemęczoną opieką nad niepełnosprawnym dzieckiem miała pretensje do Marka o to, że zbyt mało jej pomaga. Mogła także mieć do niego żal o to, co wydarzyło się w ich życiu w przeszłości – że zawiódł ją w chwili, gdy tak bardzo go potrzebowała. A może Ewa tak świetnie radziła sobie i z prowadzeniem domu, i pielęgnowaniem Piotrusia, że Marek poczuł się niepotrzebny. Mogło też być i tak, jak sugerowała w swej wypowiedzi respondentka, że jej partner nie mógł pogodzić się z coraz bardziej widoczną niepełnosprawnością swojego dziecka i z granicami procesu rehabilitacji. Przyczyn jego odejścia mogło być zresztą więcej. Szkoda tylko, że całkowicie zerwał kontakty nie tylko z matką jego dziecka, ale także z własnym synem, którego nie widział już kilkanaście miesięcy, mimo iż mieszkają w tej samej miejscowości.

Z narracji mojej respondentki wyłania się obraz jej „trudnego macierzyństwa”, które ciągle ewoluuje i oprócz cierpienia przynosi także radość i satysfakcję. Jej historia dowodzi też, jak wielki wpływ wywarła niepełnosprawność jej dziecka na życie i funkcjonowanie całej rodziny. Jestem przekonana, że, mimo iż jest indywidualnym, subiektywnym doświadczeniem jednej kobiety (rodziny), to poznając ją, wiele osób wychowujących dziecko specjalnej troski, odnajduje fragmenty także i swojej biografii.

Bibliografia

Cuningham C. (1994), *Dzieci z zespołem Downa. Poradnik dla rodziców*, WSiP, Warszawa.

Galkowski T. (1995), *Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym*, WSiP, Warszawa.

Galkowski T. (1978), *Problemy rodzin dzieci upośledzonych umysłowo*, Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne nr 6.

Góralczyk E. (1996), *Choroba dziecka w twoim życiu*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa.

Łobocki M. (2000), *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.

Maciarz A. (2004), *Macierzyństwo w kontekście zmian społecznych*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa.

Sekułowicz M. (2000), *Matki dzieci niepełnosprawnych wobec problemów życiowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.

Twardowski A. (1995), *Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych*, w: I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, WSiP, Warszawa.



Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błęszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Zenon Gajdzica

Wydział Etnologii i Nauk o Edukacji w Cieszynie
Uniwersytet Śląski w Katowicach

O RELACJI BEZRADNOŚCI I CIERPIENIA W PERSPEKTYWIE NARRACJI OSÓB DOROSŁYCH Z LEKKIM UPOŚLEDZENIEM UMYSŁOWYM

Wprowadzenie

Doświadczenie cierpienia dotyczy wszystkich istotnych aspektów życia. Stwierdzenie to tylko pozornie wydaje się oczywiste. Podczas głębszej analizy zauważamy, że cierpienie najczęściej łączy się z kalectwem, przewlekłą chorobą, utratą czegoś lub kogoś bliskiego (także wyłącznie w sferze duchowej). Pozostaje w ścisłym związku z traumą¹, czasem także poczuciem bezsilności². W pobieżnych, stereotypowych analizach znacznie rzadziej odnosimy go do innych stanów / sytuacji. Jednym z nich jest cierpienie będące następstwem niemożności realizacji swoich zamierzeń. Wiąże się ono zatem nie tylko z poczuciem teraźniejszości, ale także z perspektywą przyszłości. Uruchamiane zostaje wraz z formułowaniem aspiracji i planów życiowych. W tym przypadku istotnego znaczenia nabiera samoocena. Ukonstytuowane na jej podstawie cierpienie nie zawsze jest obiektywnie osadzone w realiach otaczającej rzeczywistości. Może być wynikiem wyłącznie subiektywnego odczucia

¹ Por. S. Kowalik, *Psychologia rehabilitacji*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007, s. 77.

² Por. J. Binnebesel, *Problem cierpienia i śmierci w terapii pedagogicznej*, Roczniki Pedagogiki Specjalnej 1996, t. 7.

bez związku z obiektywnym stanem, może także być z nim logicznie sprzężone. Zawsze jednak centralnym punktem cierpienia pozostaje własny pogląd na świat. Dlatego, w moim przekonaniu, niezwykle ważną rolę w odczuwaniu tak uwarunkowanego cierpienia odgrywa poczucie sprawstwa. Ono zaś jest istotnym komponentem bezradności.

Głównym celem opracowania jest rozpatrzenie związku bezradności społecznej z cierpieniem osób dorosłych lekko upośledzonych umysłowo. Podstawową tezą jest stwierdzenie, że sytuacja społeczna wskazanej grupy osób sprzyja nabywaniu bezradności, a cierpienie jest jednym z następstw tego stanu. Przy czym nie jest ono związane z typową – rozpatrywaną na gruncie psychologii rehabilitacji – traumą wynikającą z uświadomionego ograniczenia możliwości, a raczej jest następstwem odczuwanego przez podmiot nastawienia społecznego.

Tekst składa się z kilku części. Prócz wstępu, zawiera, ogólny rys – w moim przekonaniu – niejednoznacznej sytuacji społecznej osób z lekkim upośledzeniem umysłowym, a następnie przyjętej koncepcji bezradności. W kolejnej części, na kanwie tych ustaleń, podejmuję próbę argumentowania postawionej tezy, przytaczając wypowiedzi narratorów – osób z lekkim upośledzeniem umysłowym. Całość zamykają konkluzje końcowe.

W zawieszeniu między rolą człowieka pełno- i niepełnosprawnego, czyli o sytuacji społecznej osób z lekkim upośledzeniem umysłowym

Status społeczny osób dorosłych z lekkim upośledzeniem umysłowym jest w wielu zakresach ambiwalentny.

Upośledzenie umysłowe lekkiego stopnia nie manifestuje się wyraźnie, co stwarza poważne trudności w rozpoznawaniu tego stanu. Trudności te wynikają także z podobnych objawów zachowywania się dzieci zaniedbanych środowiskowo i upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim³. Sytuację dodatkowo komplikuje pochodzenie społeczne omawianej grupy osób, ponieważ znaczna jej część wywodzi się rzeczywiście z rodzin o niskim statusie społecznym, kulturowym i ekonomicznym⁴. Z drugiej strony, ubóstwo bodźców rozwojowych typowe dla tego typu środowisk może być także jednym z determinantów tzw. lekkiego kulturowo-rodzinnego upośledzenia umysłowego⁵.

Lekkie upośledzenie umysłowe ogranicza możliwości aktywnego włączania się w życie społeczne. Zwykle jednak nie wiąże się z zewnętrznymi ozna-

³ Por. J. Wyczęsany, *Pedagogika upośledzonych umysłowo*, Impuls, Kraków 2005, s. 29–32.

⁴ Zob. Cz. Kosakowski, *Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej*, Akapit, Toruń 2003, s. 196.

⁵ J. Głodkowska, *Poznanie ucznia szkoły specjalnej*, WSiP, Warszawa 1999, s. 65–73.

kami, które sprzyjają społecznej kwalifikacji do grupy osób wymagających wsparcia. Ludzie ci są więc zaliczani do grona osób pełnosprawnych, nieuprawnionych do wsparcia przysługującego niepełnosprawnym – co jest z pewnością paradoksem lekkiego upośledzenia umysłowego. Warto jednak podkreślić, że sytuacja ta stwarza podstawę do pełnej integracji społecznej, umożliwia uniknięcie wielu etykiet łatwo przylegających do osób głębiej upośledzonych umysłowo⁶.

Warto w tym miejscu podkreślić niekonsekwencję stosunku społecznego wobec tej grupy ludzi. Wyraźnie obrazuje to proces przejścia od roli ucznia niepełnosprawnego do roli pełnosprawnego członka społeczeństwa. Teoretycznie przejście to jest sukcesem edukacyjnym i rehabilitacyjnym. W przypadku omawianej grupy zmiana ta nie musi mieć zbyt wiele wspólnego ze skuteczną realizacją celów kształcenia i efektywnym przygotowaniem do życia społecznego. Jest to wyznaczona prawnie kolej rzeczy. Wynika ona z faktu, że po orzeczeniu lekkiego stopnia upośledzenia umysłowego dziecko powinno (i zwykle tak jest) realizować program kształcenia specjalnego. Społeczna konwalidacja statusu niepełnosprawności dziecka odbywa się w praktyce dwoma drogami. Pierwsza wiąże się z przejściem do szkoły specjalnej i dalszą edukacją w formie segregacyjnej. Druga z pozostaniem w szkole ogólnodostępnej lub realizacją obowiązku szkolnego w klasie / szkole integracyjnej. Także i tu dochodzi do uprawomocnienia roli niepełnosprawnego. W tych formach proces ten wiąże się z realizacją programu kształcenia specjalnego. Dla tej grupy uczniów jest on wprawdzie oparty na podstawie kształcenia ogólnego, ale w praktyce wymaga znacznej korekty, najczęściej w postaci racjonalnego (w aspekcie możliwości poznawczych) okrojenia treści kształcenia⁷, co niesie ze sobą konieczność formułowania nieco odmiennych celów etapowych oraz zindywidualizowane formy ich osiągania. Trudno zaprzeczyć, że sprzyja to nabywaniu roli ucznia o wyjątkowym (także w pozytywnym znaczeniu) statusie. Okoliczności te zmieniają się po opuszczeniu murów szkoły, ponieważ orzeczenie o lekkim upośledzeniu umysłowym nie niesie ze sobą żadnych konsekwencji w zakresie orzecznictwa dla celów rentowych. Można zatem powiedzieć, że człowiek z lekkim upośledzeniem umysłowym (zakładając, że nie posiada innych – sprzężonych zaburzeń) staje się pełnosprawnym uczestnikiem konkurencji na rynku pracy.

⁶ Por. Z. Gajdzica, *Edukacyjne konteksty bezradności społecznej osób z lekkim upośledzeniem umysłowym*, UŚ, Katowice 2007.

⁷ Zwykle przyjmuje się, że uczeń z lekkim upośledzeniem umysłowym w sześcioklasowej szkole podstawowej realizuje treści kształcenia trzech – czterech klas programu kształcenia kierowanego do uczniów o prawidłowym rozwoju. Por. J. Wyczesany, Z. Gajdzica, *Uwarunkowania edukacji i rehabilitacji uczniów o specjalnych potrzebach w rozwoju*, AP, Kraków 2006.

Traci tym samym status wyjątkowego, musi radzić sobie na równych prawach z osobami o prawidłowym rozwoju.

Bezradność jako niemoc i niezaradność w kontekście działania osób z lekkim upośledzeniem umysłowym

Bezradność jest zjawiskiem / stanem wielowymiarowym. W zależności od przyjętej koncepcji można ją rozpatrywać na różne sposoby. Z nieco odmiennym podejściem do bezradności spotykamy się na gruncie psychologii i socjologii. W pierwszym przypadku bezradność rozpatrywana jest raczej w perspektywie indywidualnej, w drugim zaś – grupowej. W praktyce rozpatrując bezradność społeczną, trudno oddzielić obie perspektywy.

Aspekt indywidualny został, w moim przekonaniu, najpełniej wyrażony w pojęciu wyuczony bezradności. Pierwotna koncepcja Martina Seligmanna⁸ doczekała się wielu wariacji, w tym wartościowych także na gruncie polskim⁹. Uogólniając, z punktu widzenia dalszych rozważań, w pierwszym przypadku mechanizm wyuczony bezradności oparty jest na braku odczuwalnej przez podmiot korelacji między działaniem i efektem działań, a w drugim na nieumiejętności generowania przydatnych hipotez służących rozwiązaniu sytuacji problemowej. Są to oczywiście daleko posunięte uogólnienia wymuszone ograniczonymi ramami opracowania, w rzeczywistości mechanizmy te są znacznie bardziej skomplikowane.

W aspekcie społecznym bezradność ujmowana jest częściej jako zjawisko społeczne dotyczące całe grupy. Czasem łączona jest z nieudolnością, zewnątrzsterownością, utratą kontroli, poczuciem bezsensu, anomią¹⁰. W literaturze anglojęzycznej spotykamy także bezradność utożsamianą z nabytą kulturą ubóstwa¹¹.

Generalnie w opisach bezradności społecznej dają się wyróżnić dwa nurty. Pierwszy związany jest z nieporadnością, niezaradnością, trudnościami w radzeniu sobie, drugi z bezsenssem, poczuciem bezsilności¹². Obie perspektywy przeplatają się wzajemnie i synergetycznie na siebie oddziałują. Obie

⁸ M. E. P. Seligmann, *Helplessness on Depression, Development, and Death*, W. H. Freeman and Company, San Francisco 1975.

⁹ G. Sędek, *Bezradność intelektualna w szkole*, Instytut Psychologii, Warszawa 1995.

¹⁰ Zob. M. Kwiecińska-Zdrenka, *Bezradność w ujęciu psychologii i socjologii*, w: Z. Gajdzica, M. Rembierz, *Bezradność. Interdyscyplinarne studium zjawiska w kontekście zmiany społecznej i edukacyjnej*, US, Katowice 2005.

¹¹ Ch. Murray, *Losing Ground. American Sociale Policy, 1950–1980*, Basic Books, New York 1984.

¹² Por. Z. Gajdzica, *Edukacyjne konteksty bezradności...*

pozostają także w ścisłym związku z cierpieniem, co postaram się pokazać przywołując wybrane fragmenty narracji badanych osób¹³.

Cierpienie jako następstwo bezradności – wypowiedzi narratorów

Poczucie bezradności i wynikające z niego cierpienie jest najbardziej widoczne w wypowiedziach na temat poszukiwania pracy. Poniżej prezentuję fragmenty narracji Darka, Arka i Małgorzaty. Są to dwudziestoparoletnie osoby z lekkim stopniem upośledzenia umysłowego zamieszkujące jedno z większych miast śląskich.

Szukałem pracy, co szłem z papierami powiedzieli, że dziękują, że oni nie potrzebują. Byłem w urzędzie się zarejestrować i oni dali mi ofertę – ale tam powiedzieli, że nie mogą przyjąć po szkole specjalnej. I takie były ich tłumaczenia. Bo oni się boją, że coś się może stać jak przyjmą po szkole specjalnej. W urzędzie pani szukała, szukała, oj, ciężko będzie coś dla pana znaleźć, powiedziała wprost, prosto w oczy, kiedy zauważyła, że to świadectwo ze szkoły specjalnej (Darek).

Szukałem pracy w kilku miejscach [po dłuższym namyśle], nie wiem, czy to jest powód, że chodziłem do szkoły specjalnej. Zawsze najpierw była rozmowa, a potem jak czytali te papiery, to nie bardzo chcieli przyjąć. Ludzie chyba myślą, że jak ktoś skończył szkołę specjalną to jest gorzej przygotowany do pracy (Arek).

Po szkole siedzę w domu. Pracę próbowałam znaleźć, ale jak się dowiedzieli, że taka szkoła, to nie chcieli. Marzyłam o pracy w pizzerii, ale jak się dowiedziałam, że mnie nie przyjmą, to już nie chcę. Kiedyś tam byłam, powiedzieli, że po takiej szkole nie przyjmą. Zawsze się pytają, jaka szkoła. Kiedyś zadzwoniłam, powiedzieli, żeby przyjść, dali scenariusz do wypełnienia. Wypełniłam, powiedzieli, że zadzwonią, jak co, ale ja nie muszę dzwonić. Długo czekałam. Potem tam poszłam, to powiedzieli, że już mają kogoś. Nie zadzwonili i nie dali znać. W wielu miejscach chodziłam i pytałam się. Zawsze pytali o wykształcenie i praktykę. Ja nie znam obcego języka ani nic nie mam praktyki” (Małgorzata).

Prezentowane fragmenty narracji pokazują istotę problemu społecznego osób niepełnosprawnych. Chyba najbardziej wyraziście widać to w przypadku dwudziestoosmioletniej Małgorzaty, która poszukuje pracy od dłuższego cza-

¹³ Korzystam w tym miejscu z wybranych fragmentów szerszych badań nad sytuacją społeczną omawianej grupy osób. Badania zostały przeprowadzone wiosną 2005 roku na terenie woj. śląskiego. Zob. Z. Gajdzica, dz. cyt.

su. Nabyła już sporego doświadczenia w tym zakresie, sama reaguje stereotypowo na odmowne decyzje pracodawców. Z wykształcenia jest kucharzem, zatem praca w pizzerii mogłaby wydawać się miejscem zgodnym z posiadanymi kwalifikacjami. Tymczasem nikt ich nawet nie próbował sprawdzić a priori (z góry) zakładając, że się nie nadaje, ponieważ skończyła szkołę specjalną.

We wszystkich wypowiedziach widoczny jest brak poczucia sprawstwa. Badani konsekwentnie lokują źródła porażek poza swoim zasięgiem. Podstawowym powodem utraty kontroli oraz doznawanego z tego powodu cierpienia jest świadectwo szkoły specjalnej, które naznacza ich losy. Są świadomi jednak, że to potencjalni pracodawcy decydują o przyszłości. Nie mają wpływu na ich decyzje, ponieważ nie zostali sprawdzeni. Oczekują, że ktoś zweryfikuje ich umiejętności, ale wiedzą, że jest to mało prawdopodobne. Stracili w związku z tym nadzieję, na odzyskanie poczucia korelacji między działaniami a jego efektami. Nauczyli się więc, że źródłem ich bezsilności jest systemowa reakcja. Na końcu tych odczuć jest cierpienie. Powstaje ono na kanwie odczucia braku możliwości wpływania na dalsze swoje losy, zatem jego podstawą jest bezsilność.

Nieco inaczej jest z powodami trafienia do szkoły specjalnej. We wcześniejszych narracjach (pomijam je w tym miejscu, odsyłając czytelnika do cytowanej pracy¹⁴) stwierdzają, że przejście do szkoły specjalnej było koniecznością, ponieważ nie radzili sobie w szkole ogólnodostępnej. Nie czują z tego powodu żalu, ale podkreślają jednak, że nie mieli na to wpływu. Decyzja zawsze zapadała bez związku z ich odczuciami i zamiarami. Tu nie pojawia się cierpienie, a jedynie wycofanie.

W związku z nabytym stanem bezradności formułują swoje plany i marzenia. Jak zauważa Teresa Borowska, występujące w życiu człowieka ograniczenia mogą prowadzić zarówno do niszczenia jego egzystencji, jak i optymalizacji jego losu¹⁵. Bez wątplenia to, co kształtuje dzień dzisiejszy narratorów, warunkuje także ich myślenie o przyszłości. Z jednej strony może zatem sprzyjać wchodzeniu w głębszą bezradność i potęgować cierpienie, z drugiej zaś wzmacnianiu cech zaradczych i poczucia sprawstwa. Na plany życiowe i marzenia można więc spojrzeć pod kątem siły sprawczej cierpienia i motywatora do działania.

Nudzę się, nudzę się. Nie mam co ze sobą zrobić. Nie mam kolegów, nikt nie chce się ze mną kolegować. Na podwórku nazywają mnie gupol, jak tak wołają to się do nich nie odwracam. Jak mnie spotkają, to chcą 30 gr. [...] Najczęściej oglądam

¹⁴ Z. Gajdzica, dz. cyt., s. 296-297.

¹⁵ T. Borowska, *Pedagogia ograniczeń ludzkiej egzystencji*, IBE, Warszawa 2000, s. 207.

telewizję, lubię sport. Nigdzie już nie chodzę, czasem tylko tak... [...] Tak na przyszłość to marzę, żeby była praca, żeby mieć przyjaciół, mieć swoje pieniądze i pomagać rodzinie... to będzie jednak trudne... (Darek).

Zapewne punktem wyjścia do analizy tej wypowiedzi powinno być pojęcie nudy. Jest ono wstępem do dalszych, traumatycznych uczuć. To na jego podstawie rozkwita bezradność wzmacniana poczuciem niemożności realizacji swoich marzeń i planów życiowych. Cierpienie jest więc wynikiem świadomości (przede wszystkim opartej na subiektywnej ocenie rzeczywistości) swojej perspektywy życiowej.

Widać, że narrator stracił nadzieję na zmianę („to będzie jednak trudne”), chociaż jest jeszcze coś, o czym marzy. Prawdopodobnie z czasem to się zmieni i dołączy do grupy osób, które mają problemy ze sformułowaniem marzeń. Na etapie dzisiejszym nie potrafi zaprojektować planów, nie ma aspiracji. Zapytany w dyskusji o możliwość zmiany, na przykład podjęcie próby dokształcania odpowiada: „Do szkoły – wątpię, nie dałbym sobie rady...”

Pozostaje bierne oczekiwanie na zmianę, która prawdopodobnie nie nadejdzie. Można zaryzykować, że nie posiada on żadnych kompetencji przynależnych człowiekowi budującemu, który zgodnie z koncepcją Teresy Borowskiej, ma potrzebę oraz możliwości rozwijania się w trzech wymiarach: poznawczym, emocjonalnym i neotycznym (duchowym). Pozwalają one na kreowanie swojego losu, w kierunku losu optymalnego, co objawia się także w radzeniu z głównymi ograniczeniami¹⁶. Być może w braku przygotowania do tak rozumianej zaradności należy doszukiwać się podstawowego celu w edukacji, „której nie było”. Zapewne jest to wielkim wyzwaniem stojącym przed procesem kształcenia specjalnego, bez względu na miejsce, w którym on zachodzi (szkoła ogólnodostępna, integracyjna czy specjalna)¹⁷.

Konkluzje końcowe

Podstawowymi kategoriami badawczymi w procedurach jakościowych jest rozumienie i interpretacja faktów, zjawisk i procesów. Wiąże się to z procesem nadawania znaczeń przez samych badanych¹⁸, co może odbywać się jedynie w okolicznościach definiowania przez nich swojej sytuacji społecz-

¹⁶ T. Borowska, *Homo construens – „człowiek budujący”*. Edukacyjne przygotowanie do radzenia z różnym zagrożeniem, w: M. Dudzikowa, T. Borowska (red.), *Dzieci i młodzież wobec zagrożeń dzisiejszego świata*, Eruditus, Poznań 1999, s. 171–177.

¹⁷ Z. Gajdzica, dz. cyt., s. 307–308.

¹⁸ S. Palka, *Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna*, GWP, Gdańsk 2006, s. 54.

nej. Jej odbiciem są dające się odczuć procesy afektywne, a w ich obszarze także cierpienie.

W artykule skoncentrowałem się na najbardziej niepokojących zjawiskach związanych z bezradnością społeczną i cierpieniem. Nie oznacza to, że brakowało narratorów wykazujących cechy zaradności życiowej, poczucia sprawstwa i zadowolenia. Były to jednak narracje rzadkie, niezwiązane z poczuciem cierpienia, zatem pozostały poza marginesem rozważań w tym opracowaniu.

Rozpatrując najbardziej niekorzystne aspekty bezradności w kontekście losów życiowych dorosłych osób z lekkim upośledzeniem umysłowym, można ująć ją w następujące typy:

- bezradność jako wycofanie,
- bezradność jako rezygnacja,
- bezradność jako adaptacja.

Ostatni przykład bezradności, jak sadzę, w najmniejszym stopniu warunkuje cierpienie. Trudno jednak zaprzeczyć, że adaptacja do bezradności jest pogodzeniem się z losem swojej nieporadności i bezsilności. Cierpienie pozostaje wtedy na marginesie procesów afektywnych, jest ono ukryte. Sama adaptacja do bezradności jest przystosowaniem do istniejącego stanu. Z punktu widzenia samej jednostki nie wiąże się z ponoszeniem wielkich kosztów emocjonalnych, natomiast w aspekcie korzyści społecznych jest zjawiskiem negatywnym. Z kolei rezygnacja zawsze łączy się z cierpieniem. Jest ona uświadomieniem utraty kogoś lub czegoś. Podobnie wycofanie, które może być także mechanizmem obronnym. Niemniej jednak generuje cierpienie szczególnie widoczne w aspekcie planów i aspiracji. Osoby wycofane często nie potrafią sformułować swoich dalszych zamierzeń, a cierpienie staje się immanentną częścią tego stanu.

Edukacja specjalna (bez względu na formę segregacyjną czy integracyjną) nastawiona jest na realizację celów kognitywnych. Nacisk na kreowanie umiejętności i sprawności instrumentalnych skutecznie zawłaszcza większość obszarów procesu przygotowania do samodzielnego życia. Przyjmując, że edukacja człowieka jest ukierunkowana na przygotowanie go do wzięcia odpowiedzialności za swoją biografię nie jest to rozwiązanie korzystne. Problem w tym, że trudno jednoznacznie zidentyfikować, a jeszcze trudniej wyświadczyć obszary szczególnie ważne w tym zakresie.

Niepełnosprawność nabyta, szczególnie głębszego stopnia, jest wydarzeniem pozostającym poza kontrolą osoby, wydarzeniem niechcianym, zagrażającym cenionym wartościom, zamieniającym dotychczasowe życie i prowadzącym do zmiany strategii regulowania stosunków z otoczeniem. Pojawienie się niepełnosprawności w życiu człowieka burzy kształtowany w ciągu życia system wartości, ogranicza dotychczasowe możliwości, powodu-

je załamanie się realizowanego dotychczas sensu życia¹⁹. W przypadku omawianej grupy ludzi niepełnosprawność nie jest przez nich postrzegana jako zdarzenie traumatyczne. Większość osób z lekkim upośledzeniem umysłowym nie traktuje siebie jako niepełnosprawnych. W wielu przypadkach nie są oni świadomi ograniczeń poznawczych. Źródła swoich trudności utożsamiają z nieodpowiednim stosunkiem społecznym wobec nich, często czują się źle traktowani, uważają, że mają pecha życiowego. W związku z tym umiejscawiają sprawstwo poza swoim zasięgiem. Bardzo często to jest nieświadomy powód odczuwanego później cierpienia. Można zatem stwierdzić, że ważnym celem edukacji specjalnej omawianej grupy osób, prócz kształtowania umiejętności identyfikowania i radzenia sobie z procesami afektywnymi, będzie także kreowanie poczucia sprawstwa. Dopiero na jego bazie można bowiem zachęcać, zwłaszcza młodych ludzi, do aktywnego uczestniczenia w życiu społecznym i realizowania swoich aspiracji oraz planów życiowych. Wówczas opisane cierpienie pozostanie procesem mało znaczącym w całej biografii człowieka z lekkim upośledzeniem umysłowym.

Sądzę, że punktem wyjścia w tego typu działaniach, jest redefiniowanie poglądów na pracę z dzieckiem lekko upośledzonym umysłowo. Obecnie, zwłaszcza w integracyjnych formach kształcenia, podkreśla się konieczność głębokiej indywidualizacji. W wielu sytuacjach jest ona niezbędna, wszak dziecko z lekkim upośledzeniem umysłowym, szczególnie w klasach wyższych, często nie radzi sobie z opanowaniem podstawowych treści kształcenia. Problem pojawia się jednak, kiedy zaczynamy zawsze i wszędzie takiego ucznia indywidualizować i tym samym traktować jako niepełnosprawnego. Wówczas otrzymuje on ulgi, przywileje nawet wtedy, gdy ich nie potrzebuje. Niepełnosprawność staje się immanentnym komponentem jego osobowości. Skutecznie wrasta w społeczną rolę niepełnosprawnego ze wszystkimi tego następstwami. Problem w tym, że po opuszczeniu murów szkoły jego status niepełnosprawnego wygasa – o czym pisałem wcześniej. Warto zatem, w aspekcie zadań edukacyjnych, traktować niepełnosprawność lekkiego upośledzenia umysłowego jako stan wybiórczy, „nieobowiązujący” we wszystkich okolicznościach. W zadaniach i działaniach niewymagających znacznego zaangażowania procesów poznawczych traktować go podobnie jak innych uczniów, stawiać przed nim wymagania i konsekwentnie je egzekwować, tak by nie zdołał wrosnąć w rolę człowieka zawsze i wszędzie potrzebującego wsparcia.

¹⁹ R. Ossowski, *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*, WSP, Bydgoszcz 1999, s. 143.

Bibliografia

Binnebesel J. (1996), *Problem cierpienia i śmierci w terapii pedagogicznej*, Roczniki Pedagogiki Specjalnej, t. 7.

Borowska T. (1999), *Homo construens – „człowiek budujący”*. Edukacyjne przygotowanie do radzenia z różnym zagrożeniem, w: M. Dudzikowa, T. Borowska (red.), *Dzieci i młodzież wobec zagrożeń dzisiejszego świata*, Eruditus, Poznań.

Borowska T. (2000), *Pedagogia ograniczeń ludzkiej egzystencji*, IBE, Warszawa.

Gajdzica Z. (2007), *Edukacyjne konteksty bezradności społecznej osób z lekkim upośledzeniem umysłowym*, UŚ, Katowice.

Głodkowska J. (1999), *Poznanie ucznia szkoły specjalnej*, WSiP, Warszawa.

Kosakowski Cz. (2003), *Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej*, Akapit, Toruń.

Kowalik S. (2007), *Psychologia rehabilitacji*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.

Kwiecińska-Zdrenka M. (2005), *Bezradność w ujęciu psychologii i socjologii*, w: Z. Gajdzica, M. Rembierz, *Bezradność. Interdyscyplinarne studium zjawiska w kontekście zmiany społecznej i edukacyjnej*, US, Katowice.

Murray Ch. (1984), *Losing Ground. American Social Policy, 1950-1980*, Basic Books, New York.

Ossowski R. (1999), *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*, WSP, Bydgoszcz.

Palka S. (2006), *Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna*, GWP, Gdańsk.

Seligmann M. E. P. (1975), *Helplessness on Depression, Development, and Death*, W. H. Freeman and Company, San Francisco.

Sędek G. (1995), *Bezradność intelektualna w szkole*, Instytut Psychologii, Warszawa.

Wyczęsany J., Gajdzica Z. (2006), *Uwarunkowania edukacji i rehabilitacji uczniów o specjalnych potrzebach w rozwoju*, AP, Kraków.

Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błeszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Jacek J. Błeszyński

Wydział Nauk Pedagogicznych
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

CIERPIENIE – WYMIAR, Z JAKIM SIĘ ZMAGAJĄ RODZICE DZIECI Z GŁĘBOKIMI DEFICYTAMI W ROZWOJU*

Różnorodne podejście do cierpienia pozwala na ukazanie jego istoty, która wynikać może z braku, niedostatku, niezaspokojenia, ograniczenia itp. Inaczej cierpienie kształtuje się, gdy doświadczamy go sami, napotykamy na poszczególnych etapach naszego rozwoju, inaczej, gdy staje się udziałem innych, w tym naszych najbliższych. To problem upodmiotowienia człowieka w cierpieniu, a nie tylko uświadomienia cierpienia jako wymiernego ograniczenia (w postaci tragedii). Dzisiaj częściej obcujemy z cierpieniem innych, przede wszystkim dzięki środkom masowego przekazu – jesteśmy zalewani tragediami, których jesteśmy biernymi obserwatorami. Czasami można odnieść wrażenie, że media prześcigają się w ukazywaniu tragicznych wiadomości w przekonaniu, iż pozbawienie ich dramaturgii ograniczy oglądalność.

Niewątpliwie w rodzinie, w której pojawia się niesprawne dziecko, zawsze będzie istniało cierpienie, choćby maskowane. Zawsze będą stawiane pytania: dlaczego ono? Dlaczego nasza rodzina? Nie ci obok!

Niepełnosprawność niesie ze sobą pytania na wielu płaszczyznach:

- egzystencjonalne: co będzie z naszym synem (córką), gdy dorośnie?
Czy damy sobie radę? Jak zapewnić byt, gdy nas zabraknie?

* Autor w artykule oparł się na badaniach opublikowanych w książce: J. J. Błeszyński, *Rodzina jako środowisko osób z autyzmem. Aspekt wychowawczo-terapeutyczny*, Wyd. UMK, Toruń 2005.

- psychologiczne: jak zaakcentować inność? Jak pokochać pełną miłością?
- społeczne: jak zareagują ludzie, otoczenie? Czy zaakceptują?
- osobiste: co jest ze mną lub współmałżonkiem nie tak?
- duchowe: za co zostaliśmy ukarani?

Inaczej rodzina przeżywa niepokój, gdy w okresie prenatalnym, natalnym dowiaduje się o anomaliach rozwojowych występujących u dziecka. Inaczej, gdy wraz z rozwojem dziecka następuje nasilenie się występowania zachowań świadczących o nieprawidłowym rozwoju – gdy szuka się pomocy.

Rodzice dzieci z autyzmem narażeni są właśnie na taką sytuację. Nie wiadomo co, kiedy i dlaczego wywołało autyzm u ich dzieci.

Ból, cierpienie ma również swoje uwarunkowanie w czasie. Odczucia rodziców zmieniają się wraz z przechodzeniem rodziny przez etapy związane ze wspomaganiami rozwoju ich dziecka. Rodzice odmiennie odbierają występujące sytuacje traumatyczne, bardzo często właśnie te różne odczucia i spojrzenie na sytuację, w jakiej się znalazła rodzina, może być czynnikiem wspierającym, cementującym ich związek (co może tłumaczyć małą liczbę związków małżeńskich, które się rozpadły po urodzeniu dziecka z autyzmem).

Okresy funkcjonalne rodzin z osobami autystycznymi

Odmienne funkcjonują rodziny mające dziecko z autyzmem od rodzin posiadających dziecko zdrowe lub przejawiające inne, niż autyzm, zaburzenie rozwojowe. Odmienność ta dotyczy również faz związanych z akceptacją niepełnosprawności dziecka. Różnie kształtują się reakcje rodziców na fakt wystąpienia u ich dziecka autyzmu, ujętych w koncepcję żałoby czy chronicznego smutku.

Jak zauważył J. Blacher (1984), trudno w sposób jednoznaczny określić fazy przystosowania się rodziców do zaistniałej sytuacji. Wśród różnych koncepcji najbliższa prezentowanemu modelowi wydaje się koncepcja S. Olshansky'ego, **modelu chronicznego smutku**, która została dostosowana przez B. Siegelma i ujęta w teoretycznym modelu zdrowego versus, w przypadku rodziców dzieci zdiagnozowanych jako autystyczne (E. Pisula 1998). Niezależnie od zachowań rodziców, wyróżniono 5 faz reakcji rodziców na diagnozę autyzmu: 1. oplakiwanie i protest – jako doświadczenie niespełnienia oczekiwań i pragnień związanych z dzieckiem w poczuciu swojej bezradności, 2. zaprzeczenie – wyparcie diagnozy, 3. natręctwa – obaw perspektywicznych, 4. przepracowania – przepracowanie dotychczasowego postępowania, 5. statyczny, chroniczny smutek – smutek z jednoczesnym indywidualnym radzeniem sobie z diagnozą.

Według T. Galkowskiego, (1979, s. 220) fazy kształtowania się postaw rodziców wobec dziecka niepełnosprawnego przebiegają następująco: 1 – uświadomienie wagi problemu, 2 – zaznajomienie się z istotą upośledzenia, 3 – próby wykrycia przyczyny, 4 – szukanie pomocy, 5 – akceptacja całego układu warunków. Inni autorzy (Twardowski 1991; A. Maciarz 2001) wskazali na cztery fazy przeżyć rodziców posiadających dziecko niepełnosprawne: 1 – faza szoku (wstrząsu psychicznego), 2 – faza kryzysu emocjonalnego (rozpaczy), 3 – faza pozornego przystosowania się rodziców do niepełnosprawności dziecka, 4 – faza konstruktywnego przystosowania się rodziców do niepełnosprawności dziecka.

Zaprezentowane powyżej reakcje rodziców na diagnozę autyzmu można odnieść do kontekstu funkcjonowania rodziny, a konkretnie podejmowanych działań, które w wielu przypadkach nie kończą się akceptacją, pogodzeniem z stanem zastanym. Autyzm, jak wcześniej wspomniałem, jest zaburzeniem występującym w czasie (pierwsze objawy pojawiają od urodzenia do 3. roku życia) i najczęściej rodzice dowiadują się o nim świadomi już odmienności swojego dziecka. Z tego punktu odniesienia, to rodzice najczęściej w sposób podświadomy poszukują pomocy, gdyż z jednej strony widzą odmiennosc zachowania dziecka (najczęściej dokonując porównania z jego rówieśnikami), z drugiej – brak prawidłowej reakcji środowiska (najczęściej bagatelizowania pierwszych symptomów). W takim ujęciu odmiennie przebiegają procesy akceptacji i reakcji na postawione diagnozy (często wiele diagnoz), jak to występuje np. w zespole Downa (wspaniale przeprowadzone zostały analizy koncepcji trajektorii u E. Zakrzewskiej-Manterys 1995 i 1997). Rodzice dziecka autystycznego trwają z nim i często są niesłusznie obarczani odpowiedzialnością za wystąpienie u ich dziecka autyzmu, zgodnie z rozpropagowaną koncepcją B. Bettelheima,. Są często odbierani jako przeczuleni na punkcie swojego dziecka, a zarazem świadomi jego odmienności. Próbując dokonać analizy przebiegu skomplikowanego procesu niesienia pomocy tym rodzinom, można wymienić okresy nie tyle faz przystosowania do niepełnosprawności, ile działań zmierzających do określenia (często opisywanego jako etykietyzowanie) „co dziecku dolega” i zaangażowania się w proces rehabilitacji (rzadko rodzice rezygnują, czy odstępują od podejmowanych działań). Można pokusić się o wyróżnienie takich faz przede wszystkim w zakresie poszukiwań.

Odmienność, pierwsze objawy

Rodzice obserwują pierwsze niepokojące objawy, kiedy nie są one jeszcze określane jako *zaburzenie w rozwoju*. Zgodnie z klasyfikacjami diagnostycznymi, pierwsze objawy w przypadku autyzmu powinny wystąpić

w pierwszych trzech latach życia, co w sposób istotny wpływa na obserwację typowych dla autyzmu zachowań.

Mimo niepokoju rodziców, objawy te są najczęściej bagatelizowane przez środowisko (brak wprowadzenia autyzmu do grupy ryzyka rozwojowego, a bardziej utożsamianie z opóźnieniem rozwoju globalnego lub często ograniczającego się do sfery komunikacji, jak również usprawiedliwianie zaburzeń czynnikami rodzinnymi i środowiskowymi, np. lekceważenie opóźnień rozwoju mowy u chłopców jako prawidłowości rozwojowej związanej z płcią).

Nie istnieje system wspierania i kierowania rodziców do ośrodków i instytucji zajmujących się dziećmi niepełnosprawnymi (brak nadal przepływu informacji, propagowania ich przede wszystkim w środowiskach medycznych, co powoduje opóźnienie i często nieefektywność podejmowanych działań – często weryfikujące dotychczasowe, liczne i niespójne dla laika diagnozy).

Brak jednorodnego obrazu klinicznego autyzmu dodatkowo utrudnia wczesną diagnozę (ograniczanie się do stereotypowego obrazu autyzmu – dziecka zamkniętego w sobie, wyciszonego, niekontaktującego się z otoczeniem nie jest adekwatne do obrazu klinicznego – dziecka nadpobudliwego psychoruchowo lub z różnymi dysfunkcjami towarzyszącymi).

Często spotykamy się z diagnozą niedosłuchu (głuchoty), upośledzenia (encefalopatii), zaburzeń w zachowaniu, które powinny być wskazaniem do objęcia dziecka specjalistyczną opieką z zakresu psychologii, pedagogiki i logopedii (nadal brak ośrodków zajmujących się wczesną interwencją, wspomaganie dzieci zaliczonych do grupy ryzyka rozwoju; najczęściej jednak obserwujemy trudności w początkowej diagnozie, kiedy u dziecka podejrzewa się różnego typu zaburzenia, np. organiczne, padaczkę czy uszkodzenia słuchu – niepotwierdzone w dalszej diagnostyce).

Rodzice, poszukując odpowiedzi na niepokojące zachowania dziecka, kontaktują się przede wszystkim ze specjalistami z kręgu medycyny – lekarzami rodzinnymi (co wynika z prowadzonych badań przesiewowych), ze specjalistami zajmującymi się rozwojem dziecka. Brak wspomagania przed – przedszkolnego, jak również możliwości korzystania ze zorganizowanych zajęć wspierających rozwój dzieci nieobjętych programem przedszkola staje się palącym problemem – szczególnie w środowiskach wiejskich i małych miasteczkach, gdzie prowadzona jest redukcja instytucji wspomagających i edukacyjnych.

Diagnoza

Po okresie niepokoju, poszukiwań i ukierunkowania działań rozpoznawczych stawiana jest diagnoza lub *rediaagnoza* (często uszczegółowienie lub na nowo określenie) zaburzenia.

Informacja o podejrzeniu zaburzeń w rozwoju z wieloma wskazaniami powoduje, iż rodzice często poszukują weryfikacji diagnozy ostatecznej, a przede wszystkim ukonkretnienia środków zapobiegawczych występowaniu tegoż zaburzenia.

Rodzice *obczytują się* w popularnej i specjalistycznej literaturze, porównują swoje dziecko do typowego opisu autyzmu (jest to problem dotyczący dokonania diagnozy retrospektywnej, bazującej na wywiadzie prowadzonym z matką dziecka i najbliższą rodziną, co powodować może występowanie nakładania, ukierunkowywania diagnozy i konfabulacji na podstawie o przeczytanej wcześniej lektury). Problem pojawia się również w przypadku rodziców zgłaszających się z dzieckiem w starszym wieku lub niepotrafiących sobie przypomnieć przebiegu rozwoju dziecka lub mylących jego rozwój z rodzeństwem. Taki wywiad budzi wiele wątpliwości diagnostycznych i utrudnia postawienie pełnej diagnozy autyzmu, gdyż objawy występują w pierwszych trzech latach życia, lub zakwalifikowania do zaburzeń autyzmu nietypowego pod względem czasu, objawów lub obydwu – lub alternatywnie używanego określenia cech autyzmu.

Rodzice starają się odnaleźć czynnik, który mógłby mieć wpływ na wywołanie zaburzenia u ich dziecka (etap ten jest określany okresem nieuzasadnionej winy) – najczęściej poszukuje się czynników:

- *rodzinnych* – wpływających z koncepcji psychogennych, psychoanalitycznych obarczających matkę, jak i obydwójce rodziców za nieprawidłowe podejście do dziecka,
- *medycznych* – poszukiwanie w rodzinach przypadków chorób psychicznych lub genetycznych, jak również czynnika natalnego oraz przebytych chorób i urazów,
- *sytuacyjnych* – wiązanych z traumatycznym wydarzeniem, jak: wymuszona separacja z dzieckiem, przestraszenie go itp.

Określenie typu zaburzenia przejawianego przez dziecko jest z jednej strony ulgą po dotychczasowych poszukiwaniach (nareszcie wiem, co dolega mojemu dziecku – potwierdzenie zasadności podejmowanych przez rodziców działań, często nieakceptowanych przez najbliższe środowisko, w różny sposób komentowanych), jak również wyzwaniem do podjęcia terapii (wiedząc, co dziecku dolega, należy dobrać odpowiednią terapię – co daje nadzieję na zmianę funkcjonowania dziecka).

Poszukiwanie pomocy

Kolejnym krokiem jest poszukiwanie przez rodziców specjalisty lub ośrodka, który podejmie się wspierania rozwoju ich dziecka.

Często natrafiają na sprzeczne informacje dotyczące samego zaburzenia (np. możliwości wyleczenia, wyprowadzenia z autyzmu, a następnie w konsekwencji zapewnienie dalszego rozwoju dziecka, z możliwością pełnego funkcjonowania w społeczeństwie), jak również metod postępowania (najczęściej napotykać na sprzeczności w podejmowanych oddziaływaniach terapeutycznych oraz w dostępności do nich – Błeszyński 2002, 2004).

Następuje wtóre poszukiwanie specjalistów, którzy podejmą się pracy z dzieckiem, oraz pozyskanie środków umożliwiających prowadzenie terapii (instytucje lokalne w znikomym stopniu angażują się w podejmowanie działań wspierających rodziny z dzieckiem autystycznym, a w szczególności zabezpieczenie odpowiednio zorganizowanego systemu wsparcia – pomijam kwestię możliwości wyboru przez rodziców metod odpowiednich do potrzeb ich dziecka, jak również korzystania z pomocy w wyspecjalizowanych ośrodkach diagnostyczno-konsultacyjnych).

Można zaobserwować obecność zjawiska marginalizacji potrzeb rodzin z dzieckiem autystycznym (zabezpieczenie przez władze lokalne pomocy społecznej i wsparcia najczęściej przez niewykwalifikowaną kadrę nie pozwala na zagwarantowanie rodzinie optymalnych warunków wspierania i rozwoju dziecka, które wymaga zindywidualizowanego podejścia). Proponowana terapia raczej powoduje izolację lub w wyniku pogłębiających się społecznych zachowań separację dziecka i rodziny w środowisku lokalnym.

Wybór terapii

Wybór terapii może mieć charakter przypadkowy lub być wynikiem świadomego wyboru. Jest to uwarunkowane zazwyczaj miejscem zamieszkania, możliwościami finansowymi, wtórnie fachowością prowadzonych działań terapeutycznych. Dostępność staje się jednym z uwarunkowań korzystania przez rodziców z pomocy ośrodków zajmujących się wspomaganie rozwoju dzieci z autyzmem i obecnie ma ona wymiar nie tyle komunikacyjny, ile finansowy, podyktowany koniecznością ponoszenia kosztów związanych z przejazdami do ośrodków. Najczęściej dzieci z autyzmem nie są przystosowane do korzystania ze środków komunikacji masowej. Nie wszystkie gminy są zainteresowane współfinansowaniem działań podejmowanych przez wyspecjalizowane ośrodki, co w efekcie powoduje przeniesienie kosztów na rodzinę.

Utrudnienia w wyborze odpowiedniej terapii wynikają z braku publikacji na ten temat, jak również skoordynowanych działań ośrodków zajmujących się terapią (pojawiające się publikacje – Danielewicz, Pisula 2003; Błeszyński 2004 – stanowią pierwsze profesjonalne opracowania prezentujące

możliwości wspomagania osób z autyzmem, ich wpływ i efektywność, co pozwala na zobiektywizowany wybór oraz zaadaptowanie do potrzeb i możliwości każdego z dzieci przejawiającego to zaburzenie).

Rodzice oczekują szybkich efektów, bez konieczności głębszej reorganizacji funkcji rodziny. Pojawiają się problemy wyboru terapii, uwzględnienia jej wpływ na rozwój dziecka (wspomina o tym Randall, Parker 2001), konieczne jest przedstawienie spodziewanych efektów, które powinny się odnosić do całej struktury, w jakiej następuje oddziaływanie, jak również uwzględnienie potrzeby i stanowiska osoby poddanej terapii, o czym często się zapomina w terapiach dyrektywnych.

Wdrażanie do życia społecznego

Najczęściej, z powodu zaburzeń społecznych, nie występuje integracja ze społeczeństwem (lub integracja formalna) – charakteryzująca się jedynie tolerowaniem osób autystycznych w otoczeniu, bez włączania ich w formalną strukturę życia społecznego. Przejawami takiego działania są np. w edukacji odraczanie od obowiązku szkolnego, preferowanie systemu indywidualnego nauczania, co z założenia stanowi segregacyjny, izolacyjny system. Osoba przejawia zaburzenia z racji swojego zachowania w sferze społecznej, w tym komunikacyjnej – tak więc osoba z autyzmem w społeczeństwie jest narażona na wtórną izolację, z jednej strony kliniczną, z drugiej społeczną.

Dzieci i młodzież objęci są głównie edukacją segregującą (nauczanie indywidualne, nauczanie w ośrodkach dla dzieci z autyzmem – bez możliwości przebywania z rówieśnikami i nabywania społecznie akceptowanych form zachowania, w tym również mechanizmów obronnych)¹, tj. w ograniczonym stopniu zapewnia się im kontakty rówieśnicze.

Ten okres powinien zapewnić osobom z autyzmem przyszłość, zabezpieczenie w optymalny sposób samostanowienia, które jest wypadkową głębokości i rozległości występujących zaburzeń w rozwoju, efektów terapii, jak również możliwości integracji społecznej (konieczne jest określenie celu prowadzonej terapii – do czego zmierzamy w strukturze realistycznej, pozwalającej osobom z autyzmem nabyć zakres umiejętności i wiadomości umożliwiający im optymalne funkcjonowanie w środowisku społecznym).

¹ W niewielkim procencie dzieci z autyzmem uczęszczają do przedszkoli i szkół masowych (realizują program indywidualny lub uczestnicząc w wybranych zajęciach – co można określić, jako nauczanie zindywidualizowane, zob. Hulek 1988).

Usamodzielnienie

Wdrażanie osoby z autyzmem do samostanowienia to przede wszystkim troska o stworzenie warunków pozwalających na funkcjonowanie w systemie społecznego zabezpieczenia – jest to najczęściej renta inwalidzka oraz pewne oddziaływania, jak zabezpieczenie kontaktów i podtrzymywanie wiadomości i umiejętności nabytych w toku edukacji szkolnej, z wykorzystaniem i poszerzaniem ich w życiu codziennym. Towarzyszy temu występujący u rodziców lęk, co będzie z ich dzieckiem, gdy oni umrą.

Każda dorosła osoba autystyczna powinna znaleźć swoje miejsce w społeczeństwie. W obecnej sytuacji ekonomicznej w naszym kraju najbardziej rozwinięty został system warsztatów terapii zajęciowej, z których korzysta wiele osób z autyzmem. Duży jednak odsetek dorosłych autystyków pozostaje pod opieką rodziców w domu. Brak jest zorganizowanego systemu wsparcia i opieki nad dorosłymi osobami autystycznymi opartego chociażby na wzorcach z innych krajów, jak np. hostele, farmy, zakłady pracy chronionej. Uniemożliwia to, przy wsparciu osób z zewnątrz, odnalezienie osobom z autyzmem ich miejsca w społeczeństwie. Problemem staje się zabezpieczenie osoby z autyzmem w sensie materialno – bytowym (najczęściej nad osobami tymi sprawuje opiekę najbliższa rodzina – często rodzeństwo lub trafiają one do domów pomocy społecznej, które nie są przystosowane do potrzeb i możliwości osób ze specyficznymi zaburzeniami w rozwoju, np. autyzmem).

Trzeba się niewątpliwie zgodzić z podejściem prezentowanym przez P. Morcińca (2006), iż personalistyczne podejście Jana Pawła II zrywa z cierpiętnictwem. Cierpienie jest niejako wpisane w nasze życie. Jak trudno jest się pogodzić z podejściem *kogo Bóg miłuje, tego doświadcza*, gdy się jest doświadczanym, tak trudno jest się pogodzić z niesprawiedliwościami, na które napotyka naród wybrany bez głębszego zagłębienia się w egzegezę Starego Testamentu.

Cierpienie będzie miało sens, gdy będzie miało jakiś cel, czemuś służyło, do czegoś wiodło.

Bibliografia

Blacher J. (1984), *Family involvement in residential treatment of children with retardation: Is there evidence of detachment?*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, no. 91, s. 13–320.

Bleszyński J. J. (2005), *Rodzina jako środowisko osób z autyzmem. Aspekt wychowawczo- terapeutyczny*, Wyd. UMK, Toruń.

Bleszyński J. (2002), *Terapia dziecka autystycznego i z głębokimi deficytami rozwojowymi (przegląd problematyki)*, w: J. Pańczyk (red.), *Forum Pedagogów Specjalnych XXI wieku*, t. III, UŁ, Łódź s. 14–20.

Bleszyński J. (2004), *Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem. Teoria – metodyka – przykłady*, IMPULS, Kraków.

Danielewicz D., Pisula E. (2003), *Terapia i edukacja osób z autyzmem. Wybrane zagadnienia*, APS, Warszawa.

Gałkowski T. (1979), *Dzieci specjalnej troski. Psychologiczne podstawy rehabilitacji u dzieci upośledzonych umysłowo*, WP, Warszawa.

Hulek A. (red.) (1988), *Pedagogika rewalidacyjna*, PWN, Warszawa.

Maciarz A. (2001), *Psychoemocjonalne i wychowawcze problemy dzieci przewlekle chorych*, IMPULS, Kraków.

Morciniec P. ks. (2007), *Sens cierpienia czy jakość życia? Jana Pawła II nauczanie o fundamentalnych wartościach*, w: ks. A. Bartosz (red.), *W poszukiwaniu sensu cierpienia. Dialog interdyscyplinarny*, UŚ, Katowice.

Pisula E. (1998), *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami w rozwoju*, UW, Warszawa.

Randall P., Parker J. (2001), *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*, GWP, Gdańsk.

Twardowski (1991), *Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych*, w: I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, WSiP, Warszawa.

Zakrzewska-Manterys E. (1995), *Down i zespół wątpliwości. Studium z socjologii cierpienia*, WN Semper, Warszawa.

Zakrzewska-Manterys E. (1997), *Trajektoria narodzin upośledzonego dziecka*, w: A. Gustavsson, E. Zakrzewska-Manterys (red.), *Upośledzenie w społecznym zwierciadle ŻAK*, Warszawa.

Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błeszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Anna Więclawska

Wydział Nauk Pedagogicznych
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

DOŚWIADCZENIE CIERPIENIA U MATEK SAMOTNIE WYCHOWUJĄCYCH DZIECI

Macierzyństwo jest punktem zwrotnym w życiu każdej kobiety. W to cudowne doświadczenie wpisane jest także cierpienie. Cierpienie związane z macierzyństwem może mieć różny wymiar oraz czas trwania. Zależy to zapewne od tego, w jakiej sytuacji życiowej zastało ono kobietę.

Badania, które zostały przeprowadzone nad nieletnimi matkami samotnie wychowującymi dzieci, w okresie od lipca 1998 do marca 2000 roku¹, pokazały, że macierzyństwo, do tego wczesne i nieplanowane, przebiegające z różnym wsparciem społecznym, wiąże się także z odczuwaniem przez nieletnie matki uczucia cierpienia.

Badania przebiegały z udziałem dwóch grup nieletnich samotnych matek urodzonych po 1975 roku, z dziećmi do 5 lat. Badane kobiety, w momencie zaistnienia w ich życiu traumatycznego wydarzenia, jakim była nieplanowana wczesna ciąża, nie miały ukończonych 18 lat. Zbiorowość pierwszą (50 osób) stanowiły matki, które z różnych przyczyn umieszczono w Domach Samotnej Matki na terenie Polski (grupa A); drugą (również 50 osób) – matki, które wraz ze swoimi dziećmi mieszkają u swoich rodzin w Toruniu (grupa B). Badania miały charakter ilościowy i jakościowy. Metodą zastosowaną w badaniach był quasi-eksperyment. Zastosowano także technikę wywiadu i obserwacji, a także analizę dokumentacji.

¹ Badania nad nieletnimi samotnymi matkami zostały zaprezentowane w książce: A. Więclawska, *Nieletnie dziewczęta samotnie wychowujące dzieci, a ich przygotowanie do radzenia sobie z ograniczeniami losu. Diagnoza stanu kompetencji*, Toruń 2005.

Zbieranie materiału do badań odbyło się za pomocą następujących narzędzi badawczych: Kwestionariusz Stylu Poznawczego I. M. Blackburna i H. Wilkinsona (KSP) *Cognitive Style Test*; Inwentarz A. Becka (IDB) *Beck Depression Inventory*; Skala Preferencji Wartości K. Popielskiego (S. PW); Skala Poczucia Sensu Życia J. M. Crumbaugh i T. Maholicka *Purpose - in - Life - Test, PIL*; Kwestionariusz Wywiadu T. Borowskiej.

Badania wskazały na stałą obecność uczucia cierpienia u badanych matek. Szczególnie wypowiedzi matek zamieszkujących Domy Samotnych Matek, kobiet, które nie mogły liczyć na wsparcie swoich bliskich, charakteryzowały się dużą dozą cierpienia.

Ilustracją do przeżywanego cierpienia niech będą opisane poniżej indywidualne przypadki kobiet zamieszkujących DSM. Opisy są prezentacją wyników badań z zastosowaniem wyżej wymienionych technik i narzędzi badawczych.

Przypadek 1

Matka z Domu Samotnej Matki w Bielsku – Białej, lat 19, wykształcenie podstawowe (wykształcenie jej rodziców również podstawowe), nie pracuje, dziecko – 3 lata.

W momencie, w którym dowiedziała się, że jest w ciąży, ogarnął ją chaos myśli i nie była w stanie niczego analizować ani dociekać. Obwiniała siebie za tę sytuację, przejawiając przy tym myśli negatywne, które dotyczyły możliwości poradzenia sobie w przyszłości. Wykazywała postawy lękowe, rezygnację i brak siły w zmaganiu się z życiem. Twierdziła, że nie akceptuje sytuacji, w jakiej się znalazła. Nie zasługuje na szacunek. Badana wypowiadała się, że nie poczuwa się do odpowiedzialności za branie życia we własne ręce. Oczekuje pomocy od innych pod warunkiem, że będzie zaoferowana we właściwej formie (będzie zrozumieniem, a nie litością). Ma jednak wątpliwości, czy istnieje prawdziwe uczucie przyjaźni. Uważa także, że nie wszystko w życiu zasługuje na wybaczenie. Jeżeli chodzi o stronę reakcji emocjonalnych w chwili zaistnienia sytuacji traumatycznej, kobieta potwierdza, że czuła wtedy lęk, nie radziła sobie z własnymi uczuciami oraz koncentrowała się wyłącznie na własnym nieszczęściu i na swoich negatywnych uczuciach z tym związanych. Teraz próbuje powoli opanować i zaakceptować swoją inność. Wspominając tamte chwile, badana przyznaje, że działała bezmyślnie. Obecnie w niczym nie znajduje siły, aby zmienić swój los. Podejmuje pewne działania, ale nie wykazuje wytrwałości w ich realizacji, często się poddając i rezygnując.

W Kwestionariuszu Stylu Poznawczego badana uzyskała wysokie wartości punktowe zarówno w części dotyczącej oceny własnego ja („self” – 22 punk-

ty), jak i w części dotyczącej oceny otaczającego świata („world” – 25 punktów), oraz w części dotyczącej oceny własnej przyszłości („future” – 20 punktów). Wysoka suma punktów dotycząca triady poznawczej wskazała u badanej na nasilony depresyjny styl poznawczy.

W Skali Preferencji Wartości K. Popielskiego, badana zaznaczyła rodzinę, jako tę wartość, która jest dla niej najważniejsza, przypisując jej wymiar noetyczny. Dalej wymieniła mieszkanie, pieniądze, odpowiedzialność, zdrowie, miłość i mądrość, przypisując im wymiar fizyczny, bądź nie podając żadnych z nimi skojarzeń.

Przejawiała niskie poczucie sensu życia. W metrycznej części Skali PIL otrzymała 65 punktów. W drugiej części Skali pisze, że swoje życie uważa za nieudane. Myśląc o nim, czuje się bezradna, bo: „nie wie, ile ją jeszcze spotka porażek”. Odczuwa niepokój myśląc o przyszłości swojej i dziecka. Uważa, że świat „jest niesprawiedliwy”. Celem jej życia jest dziecko.

W Inwentarzu Becka uzyskała 27 punktów, co oznacza, że wykazała podwyższony poziom depresji (punktacja dziesięć i powyżej wskazuje na obecność depresji). Badana stwierdziła, że ma poczucie, jakoby jej przyszłość wyglądała beznadziejnie, a jej położenie nie zmieni się. Twierdziła także, że nie cieszy się z życia tak, jak to było dawniej. Większość czasu czuje się przybita i ma poczucie, że jest karana. Uważa, że zawiodła się na sobie. Obwinia się za wszystkie złe zdarzenia, które jej się przytrafiły. Czuje się bardziej rozdrażniona i poirytowana niż zazwyczaj. Płacze częściej niż dawniej. Ma duże trudności w podejmowaniu decyzji – znacznie większe niż poprzednio. Twierdzi, że musi zdobyć się na więcej wysiłku, aby zacząć cokolwiek robić. Nie może spokojnie spać. Budzi się 1-2 godziny wcześniej i zmusza się do ponownego zaśnięcia. Uważa, że męczy się szybciej niż zazwyczaj. Jej waga znaczne spadła, gdyż ubyla na niej więcej niż 7 kg. Badana przyznała, że straciła wszelkie zainteresowanie dla spraw seksualnych.

Przypadek 2

Matka z Domu Samotnej Matki w Łodzi, lat 18, wykształcenie podstawowe (wykształcenie rodziców: matka – podstawowe, ojciec – zawodowe), nie pracuje, dziecko – 2,5 roku.

W pierwszych chwilach po wystąpieniu traumatycznej sytuacji, badana nie była w stanie niczego analizować i dociekać. Twierdziła tylko, że jest gorsza, że to jej wina, że wszystko zaprzepaściła i że już nic nie znaczy. Uważała, że nikt nie będzie się chciał z nią przyjaźnić i że nie ma przed sobą żadnej przyszłości. Nie potrafi podjąć nowych działań i nie poczuwa się do odpowiedzialności. Przejawia rezygnację i brak siły. Twierdzi, że człowiek

taki jak ona nie ma już godności, jest nikim. Nie wierzy w prawdziwe uczucie przyjaźni. Oczekuje wsparcia i miłości od innych. Paraliżujący lęk towarzyszy jej cały czas. Nie radzi sobie z własnymi uczuciami.

Koncentruje się wyłącznie na własnym nieszczęściu. Zachowuje się biernie i działa bezmyślnie. W niczym nie znajduje siły, żeby zmienić swój los. W realizacji działań nie wykazuje wytrwałości.

W Kwestionariuszu Stylu Poznawczego badana uzyskała następujące wartości punktowe: w części dotyczącej oceny własnego ja („self” – 22 punkty); w części dotyczącej oceny otaczającego świata („world” – 25 punktów); w części dotyczącej oceny własnej przyszłości („future” – 18 punktów). Ogólna liczba uzyskanych punktów wskazywała na obecność elementów depresyjnych w zakresie stylu poznawczego.

W Skali Preferencji Wartości K. Popielskiego – rodzinie, jako wartości najważniejszej, przypisała wymiar noetyczny. Wartościom: mieszkanie, praca, odpowiedzialność, zdrowie, miłość, sukces przypisała wymiar fizyczny.

W metrycznej części Skali PIL otrzymała 87 punktów. W drugiej części Skali pisze, że jej życie jest szare, ale o samobójstwie nigdy nie myślała. Pragnie mieć swoje mieszkanie, a rzeczą beznadziejną jest to, że go nie ma. Za rzecz „nienormalną” uważa szukanie zapomnienia w alkoholu czy narkotykach. Marzy o „normalnym” życiu i szczęściu swojego dziecka. Pasjonuje ją moda. Czasami, myśląc o swoim życiu, czuje się całkiem bezradna; odczuwa niepokój przed przyszłością. Twierdzi, że świat jest zły. Prawdziwym sensem jej życia jest rodzina.

W Inwentarzu Becka badana uzyskała 28 punktów. Kobieta ma poczucie, że przyszłość wygląda dla niej beznadziejnie. Nie cieszy się z życia tak, jak było to dawniej. Ma poczucie, że jest za coś karana. Uważa, że zawiodła się na sobie. Przyznaje, że częściej jest poirytowana i rozdrażniona. Częściej też płacze. Ma duże problemy z podejmowaniem decyzji i działań. Budzi się wcześniej niż kiedyś i ma problemy z ponownym zaśnięciem. Martwi się o swoje zdrowie.

Przypadek 3

Matka z Domu Samotnej Matki w Elblągu, lat 21, wykształcenie podstawowe (wykształcenie jej rodziców: matka – podstawowe, ojciec – zawodowe), nie pracuje, dziecko – 3,5 roku.

W pierwszych chwilach, gdy dowiedziała się, że jest w ciąży analizowała drobiazgowo zaistniałą sytuację, zadając sobie przy tym pytania typu: „Dlaczego mnie to spotkało?”, „Gdzie popełniłam błąd?” Mówiła, że nie czuje się wyłącznie winna za to, co się stało, i wierzy w swoje możliwości polepszenia

sytuacji. Wyrażała nadzieję, że potrafi zasłużyć na akceptację otoczenia, które w jej mniemaniu nie całkiem ją akceptuje; zrobi wszystko, by ludzie docenili jej działania. Swoją przyszłość stara się oceniać pozytywnie, chociaż ma pewne obawy. Widzi jednak możliwości wyjścia z sytuacji. Czuje się odpowiedzialna tylko za pewne osoby w swoim życiu; momentami jednak ogarnia ją rezygnacja i lęk. Mimo wszystko stara się żyć godnie, przejawia szacunek wobec własnej osoby, twierdząc, że mimo wszystko na niego zasługuje. Bardzo liczy na miłość i przyjaźń ze strony innych ludzi, jednocześnie nie oczekując żadnej pomocy, która jej zdaniem, najczęściej upokarza. Badana twierdzi, że nie wszystko zasługuje na wybaczenie. Wspomina, że w momencie zaistniałej traumatycznej sytuacji, nie potrafiła opanować swoich negatywnych reakcji emocjonalnych, które objawiały się paralizującym lękiem. Twierdzi, że jeszcze teraz, choć stara się powoli zaakceptować i opanować swoje reakcje, nie radzi sobie z własnymi uczuciami, popadając od czasu do czasu w rozpacz. Koncentruje się wówczas tylko i wyłącznie na swoim nieszczęściu i negatywnych uczuciach z tym związanych. Próbując podejmować pewne działania, znajduje siłę w religii lub pomocy, jakiej udzielają jej inni ludzie. Stara się walczyć o swoje, ale przyznaje, że jej to nie wychodzi.

W Kwestionariuszu Stylu Poznawczego uzyskała wysokie wartości punktowe zarówno w części dotyczącej oceny własnego ja („self” – 25 punktów), jak i w części dotyczącej oceny otaczającego świata („world” – 25 punktów), oraz w części dotyczącej oceny własnej przyszłości („future” – 20 punktów), co świadczy o istnieniu depresyjnego charakteru w zakresie stylu poznawczego.

W Skali Preferencji Wartości K. Popielskiego, badana zaznaczyła rodzinę jako tę wartość, która jest dla niej najważniejsza, przypisując jej wymiar noetyczny. Dalej wymieniła mieszkanie, pieniądze, miłość, zdrowie, pracę i mądrość. Tylko wartości miłość przypisała wymiar noetyczny; pozostałe wartości utożsamiała z wymiarem fizycznym.

Przejawiała niskie poczucie sensu życia. W metrycznej części Skali PIL otrzymała 67 punktów. W drugiej części Skali pisze, że jej życie jest „do kitu”, „jest przekreślone”; próbuje zrozumieć dlaczego w życiu są „zawsze same upadki”. Odczuwa niepokój, myśląc o przyszłości swojej i dziecka; obawia się, „czy sobie w życiu poradzi”. Prawdziwym celem jej życia jest wychowanie dziecka.

W Inwentarzu Becka uzyskała 35 punktów, co oznacza, że wykazuje podwyższony poziom depresji. Badana przyznała, że cały czas jest jej smutno. Czuje, że niczego dobrego nie może się spodziewać. Patrząc wstecz na swoje życie, widzi same niepowodzenia. Życie nie cieszy jej tak jak było to dawniej. Nawet wtedy, gdy ma ogólnie niezłe samopoczucie, czuje się przybita. Mówi, że nienawidzi siebie i obwinia się za wszystkie złe zdarzenia, które jej się przytrafiły. Niekiedy myśli, aby popełnić samobójstwo, ale wie, że tego nie

zrobi. Twierdzi, że czuje się bardziej rozdrażniona i poirytowana niż dawniej. Częściej również płacze. Inni ludzie w ogóle jej nie interesują. Duże trudności sprawia jej podejmowanie decyzji. Wierzy, że wygląda okropnie. Ma kłopoty ze snem. Budzi się 1 – 2 godziny wcześniej, a potem zmusza się, żeby ponownie zasnąć. Musi zdobywać się na więcej wysiłku, aby zacząć coś robić. Odczuwa zmęczenie, kiedy rozpoczyna robić niektóre rzeczy. Ma o wiele gorszy apetyt. Martwi się o swoje dolegliwości zdrowotne. Przyznaje, że straciła wszelkie zainteresowanie dla spraw seksualnych.

Przypadek 4

Matka z Domu Samotnej Matki w Chyliczkach k. Warszawy, lat 21, wykształcenie zawodowe (wykształcenie rodziców również zawodowe), nie pracuje, dziecko – 4 lata.

Badana wspomina, że ogarnął ją chaos myśli, gdy dowiedziała się, że będzie matką. Obwiniała się. Uważała, że wszystko zaprzepaściła w swoim życiu. Czuliła, że otoczenie ocenia ją krytycznie. W czarnych barwach widziała swą przyszłość. Teraz dostrzega możliwości pokonania złej sytuacji, chociaż w dalszym ciągu okazuje lęk, a nawet brak siły i rezygnację. Czuje się odpowiedzialna za siebie i dziecko. Mimo wszystko szanuje siebie. Liczy jedynie na przyjaźń innych osób, twierdząc, że miłość to coś, czego nie ma. Wyraża chęć pomocy innym w trudnych sytuacjach. Mówi, że tylko czasami można komuś wybaczyć złe postępowanie; nie wszystko zasługuje na wybaczenie. Wspominając swoje reakcje emocjonalne w pierwszych chwilach po wystąpieniu traumatycznego wydarzenia, badana przyznała, że ogarnął ją paraliżujący lęk, który blokował racjonalne myślenie. Do tej pory nie radzi sobie z własnymi uczuciami. Popada w rozpacz, lęki, choć próbuje opanować i zaakceptować swoje położenie. Wprawdzie koncentruje się wciąż na własnej dramatycznej sytuacji, stara się już zauważać stany uczuciowe innych osób. Jeżeli chodzi o sposób działania badanej, to zdarza jej się działać bezmyślnie, albo nie podejmować działań w ogóle. Nie wykazuje samozaparcia w działaniu. Nie znajduje w sobie sił na zmianę swej sytuacji.

W Kwestionariuszu Stylu Poznawczego badana uzyskała także wysokie wartości punktowe: w części dotyczącej oceny własnego ja („self” – 26 punktów); w części dotyczącej oceny otaczającego świata („world” – 23 punkty); w części dotyczącej oceny własnej przyszłości („future” – 27 punktów). Ogólna liczba uzyskanych punktów stawia diagnozę: depresyjny styl poznawczy.

W Skali Preferencji Wartości K. Popielskiego – rodzinie, jako wartości najważniejszej, przypisała wymiar psychiczny. Wartościom: zdrowie, miesz-

kanie, pieniądze, wykształcenie, praca, miłość przypisuje jedynie wymiar fizyczny.

W metrycznej części Skali PIL otrzymała 70 punktów, co świadczy o zaniżonym poczuciu sensu życia. W drugiej części Skali pisze, że jej życie jest: „banalne”, „ciężkie”. Pragnie szczęścia i miłości. Mówi o sobie, że jest głupia. Odczuwa niepokój myśląc o przyszłości. Czuje się bezradna. Prawdziwym celem jej życia jest wychowanie dziecka. Twierdzi, że w życiu prawie nic nie osiągnęła i nie ma żadnych ambicji poza wychowaniem dziecka.

W Inwentarzu Becka uzyskała 38 punktów. Badana twierdziła, że jest tak smutna i nieszczęśliwa, że nie może tego wytrzymać. Przyznała, że przyszłość wygląda dla niej beznadziejnie i nie sądzi, aby jej położenie się zmieniło. Patrząc wstecz na swoje życie, widzi same niepowodzenia. Nie odczuwa przyjemności z czegokolwiek. Czuje się przybita nawet wówczas, kiedy ogólnie ma niezłe samopoczucie. Uważa, że jest karana. Nienawidzi siebie i obwinia za wszystkie złe zdarzenia, które jej się w życiu przytrafiły. Niekiedy myśli o samobójstwie, ale wie, że tego nie zrobi. Mówi, że teraz płacze cały czas. Straciła większość zainteresowania innymi ludźmi. Odkłada podejmowanie różnych decyzji częściej niż kiedyś. Wierzy, że wygląda okropnie. Twierdzi, że musi zdobywać się na więcej wysiłku, aby zacząć coś robić. Nie może spać tak dobrze, jak dawniej. Męczy się szybciej niż zazwyczaj. Ma problemy zdrowotne, które coraz bardziej zaprzatają jej uwagę. Przyznaje, że straciła zainteresowanie dla spraw seksualnych.

Przypadek 5

Matka z Domu Samotnej Matki w Krakowie, lat 18, wykształcenie zawodowe (wykształcenie rodziców zawodowe), nie pracuje, dziecko – 1,5 roku.

„Gdzie popełniłam błąd” to pytanie zadawała sobie badana, kiedy dowiedziała się, że jest w ciąży. Obecnie nie nachodzą jej już takie pytania; zaczęła wierzyć w siebie. Twierdzi, że ludzie akceptują ją tylko częściowo, ale postara się, aby ją docenili i zaakceptowali całkowicie. Ma nadzieję, że wszystko jest przed nią i na pewno sobie w życiu poradzi. Zdaje sobie sprawę, że wiele w życiu straciła, choćby beztroskę i wolność. Czuje się odpowiedzialna tylko za pewne osoby w jej życiu. Przeszkody, jakie się pojawiają, próbuje pokonywać sama. Czasami przejawia myśli typu: „Nie mam już godności”. Bardzo liczy na przyjaźń innych ludzi. Wierzy w miłość, którą trzeba obdarzać innych. Potrafi wybaczać. Kiedy jednak myśli o tamtych wydarzeniach, przyznaje, że rozpacz i zlorzeczenie były wówczas dominującymi uczuciami, jakie jej towarzyszyły. Jeszcze teraz czasami nie radzi sobie z własnymi uczuciami.

Czuje lęk, ale powoli próbuje opanować i zaakceptować swoją inność. Siłę znajduje w religii lub w pomocy, jakiej udzielają jej inni.

W Kwestionariuszu Stylu Poznawczego badana uzyskała następujące wartości punktowe: w części dotyczącej oceny własnego ja („self” – 23 punkty); w części dotyczącej oceny otaczającego świata („world” – 24 punkty); w części dotyczącej oceny własnej przyszłości („future” – 21 punktów). Ogólna, wysoka liczba uzyskanych punktów wskazywała na obecność depresyjnego stylu poznawczego.

W Skali Preferencji Wartości K. Popielskiego rodzinę uznała za wartość najwyższą i przypisała jej wymiar noetyczny. Dalej wymieniła miłość, mieszkanie, prace, zdrowie, pieniądze i sukces, przypisując tym wartościom wymiary fizyczny lub psychiczny.

W metrycznej części Skali PIL otrzymała 79 punktów. W drugiej części Skali pisze, że jej życie nie jest takie złe. Więcej niż cegokolwiek w życiu pragnie szczęścia. Jej największą ambicją jest satysfakcja zawodowa. Najbardziej beznadziejną rzeczą jest bezsenność. Przykrość sprawia jej płacz. Choroba i cierpienie mogą być według niej próbą. Badana próbuje zrozumieć, dlaczego w życiu ciągle jest „pod górkę”. Pasjonują ją szybkie samochody i piłka nożna. Punktem odniesienia pozwalającym zrozumieć swoje istnienie jest według niej Bóg. Martwi się brakiem mieszkania. W przyszłości pokłada sens swojego życia, ale mimo wszystko ciągle się o nią boi.

W Inwentarzu Becka badana uzyskała 32 punkty. Twierdzi, że czuje się smutna. Boi się o przyszłość. Czasami bywa znudzona. Twierdzi, że bywa przybita, rozdrażniona i poirytowana. Przyznaje, że często płacze. Ma trudności z podejmowaniem decyzji. Doskwiera jej bezsenność i zmęczenie. Martwi się o stan swojego zdrowia, a sprawy seksu nie interesują jej tak bardzo jak kiedyś.

Przypadek 6

Matka z domu Samotnej Matki w Browinie k. Torunia, lat 19, wykształcenie zawodowe (wykształcenie rodziców: matka – zawodowe, ojciec – średnie), nie pracuje, dziecko – 2 lata.

Badana, w pierwszych chwilach traumatycznej sytuacji, przejawiała chaos myśli i przerażenie. Samoobwiniiała się. Teraz jednak twierdzi, że nie jest najgorsza na świecie, że wszystko przed nią. Próbuje być odpowiedzialna za swoje czyny, ale lęk i brak siły odbierają jej czasem pewność siebie. Przejawia szacunek do własnej osoby. Liczy na przyjaźń innych ludzi. Oczekuje od nich miłości i zrozumienia. Bywa, że nie radzi sobie z własnymi uczuciami, a wówczas koncentruje się tylko na własnym nieszczęściu. Patrząc wstecz,

przypomina sobie swoje zachowania, które charakteryzowały się działaniem „na ślepo”. Zdaje sobie sprawę, że i teraz, podejmując pewne działania, nie wykazuje wytrwałości w ich realizacji, poddając się i rezygnując z nich.

W Kwestionariuszu Stylu Poznawczego badana uzyskała wysokie wartości punktowe w części dotyczącej oceny własnego ja („self” – 20 punktów), oraz w części dotyczącej oceny otaczającego świata („world” – 20 punktów). W części dotyczącej oceny własnej przyszłości wartość punktowa była także wysoka („future” – 21 punktów). W rezultacie wysoka suma punktów dotycząca całej triady poznawczej wskazała u badanej na nasilony depresyjny styl poznawczy.

W Skali Preferencji Wartości K. Popielskiego, badana zaznaczyła mieszkanie, jako tę wartość, która jest dla niej najważniejsza, przypisując jej wymiar fizyczny. Dalej wymieniła kolejno: rodzinę, pieniądze, miłość, seks, osiągnięcia i pracę, przypisując im wymiar fizyczny.

Przejawiała niskie poczucie sensu życia. W metrycznej części Skali PIL otrzymała zaledwie 65 punktów. W drugiej części Skali pisze: „Moje życie jest puste i wypełnione problemami”. Więcej niż cegogokolwiek na świecie pragnie własnego mieszkania. Twierdzi, że najbardziej beznadziejną rzeczą jest „włóczyć się po świecie”. Docenia wartość życia i zdrowia, ale przyznaje, że czasami miewała myśli samobójcze. Pomoc innych ludzi jest dla niej jedynym wyjściem. Próbuje zrozumieć, dlaczego w życiu jest tak trudno.

W Inwentarzu Becka uzyskała 25 punktów. Przyznała, że czuje smutek i brak perspektyw. Jej życie jest pasmem niepowodzeń. Czuję się za coś karaną. Obwinia siebie zawsze, kiedy coś jej nie wychodzi. Czasem miewa myśli samobójcze, ale wie, że tego nie zrobi. Nie straciła zainteresowania ludźmi. Liczy na ich pomoc, bo sama ma trudności z podejmowaniem decyzji. Odczuwa ciągle zmęczenie; cierpi na bezsenność i brak apetytu.

Przypadek 7

Matka z Domu Samotnej Matki w Laskach k. Warszawy, lat 21, wykształcenie średnie (wykształcenie rodziców: matka – średnie, ojciec – zawodowe), nie pracuje, dziecko – 4 lata.

Badana, w momencie zaistnienia traumatycznej sytuacji, starała się wprawdzie objąć całość swojego położenia, ale przejawiała jednocześnie myśli typu: „jestem gorsza”, „wszystko to moja wina”, „wszystko zaprzepąściłam”, „nie potrafię już kierować własnym życiem”, „już teraz nic nie znaczę”. Przejawiała myśli negatywne ujawniające się w wypowiedziach: „jaka przyszłość może czekać takiego człowieka, jak ja”. Była przerażona, a lęk ją paraliżował i nie pozwalał na jakąkolwiek kontrolę i myślenie. Badana wciąż nie radzi

sobie ze swoimi stanami emocjonalnymi i uczuciami, koncentrując się prawie wyłącznie na swoim nieszczęściu. Oczekuje rozsądnej pomocy oraz miłości ze strony innych ludzi. Nie potrafi wybaczać i obdarowywać innych swoim uczuciem. Mimo to, że w dalszym ciągu przejawia lęk, a czasem rezygnację i brak siły, to ma nadzieję, że potrafi zrobić coś, by inni ją zaakceptowali i docenili to, co robi. Przyznaje, że kiedy dowiedziała się o ciąży, działała zupełnie bezmyślnie. Obecnie to ludzie pomagają jej w podejmowaniu różnych działań, ale badana ma problemy z wytrwałością w ich realizacji.

W Kwestionariuszu Stylu Poznawczego badana uzyskała wysokie wartości punktowe w części dotyczącej oceny własnego ja („self” – 21 punktów), oraz w części dotyczącej oceny własnej przyszłości („future” – 25 punktów). W części dotyczącej oceny otaczającego świata wartość punktowa była nieco niższa („world” – 20 punktów). W rezultacie wysoka suma punktów dotycząca całej triady poznawczej wskazała u badanej na nasilony depresyjny styl poznawczy.

W Skali Preferencji Wartości K. Popielskiego badana zaznaczyła rodzinę, jako tę wartość, która jest dla niej najważniejsza, przypisując jej wymiar noetyczny. Dalej wymieniła kolejno: miłość, godność, nadzieję, mieszkanie, zdrowie, sukces, przypisując im wymiar fizyczny.

Przejawia niskie poczucie sensu życia. W metrycznej części Skali PIL otrzymała zaledwie 60 punktów. W drugiej części Skali pisze: „Moje życie jest okropne”, „Moje życie jest udręką”. Zastanawia się, dlaczego na świecie żyją źli ludzie. Uważa, że nic nie osiągnęła w życiu. Śmierć traktuje jako wyjście z kłopotów, przyznając się, że kiedyś przychodziły jej do głowy myśli samobójcze. Jej marzeniem jest „wyjście za mąż za dobrego i czulego mężczyznę i wychowanie syna na inteligentnego człowieka, który nie będzie tak cierpiął, jak ona”.

W Inwentarzu Becka uzyskała 31 punktów. Badana stwierdziła, że czuje się tak smutna i nieszczęśliwa, że nie może tego wytrzymać. Przyszłość wygląda według niej beznadziejnie i nie widzi nadziei na zmianę swojego położenia. Uważa, że ma więcej niepowodzeń niż przeciętni ludzie. Nie cieszy się z życia tak, jak było to dawniej. Większość czasu czuje się przybita. Czuje, że chyba jest za coś karana. Obwinia siebie w przypadku, jeśli coś jej się nie uda. Myśli o samobójstwie, ale wie też, że tego nie zrobi. Jest bardziej rozdrażniona i poirytowana niż kiedyś. Inni ludzie interesują ją mniej niż zazwyczaj. Twierdzi, że wygląda coraz gorzej i jest nieatrakcyjna. Musi zdobywać się na więcej wysiłku, aby zacząć coś robić. Nie może spać tak dobrze, jak dawniej. Męczy się szybciej niż zazwyczaj. Nie ma apetytu na cokolwiek. Ubyła na wadze więcej niż 7 kg. Problemy zdrowotne coraz bardziej zaprzatają jej uwagę. Przyznaje, że jej zainteresowanie sprawami seksualnymi znacznie zmalało.

Przypadek 8

Matka z Domu Samotnej Matki w Gdańsku, lat 20, wykształcenie średnie (wykształcenie rodziców średnie), nie pracuje, dziecko – 2,5 roku.

Kiedy dowiedziała się, że jest w ciąży, badana analizowała drobiazgowo sytuację, w której się znalazła, zadając sobie pytanie „Dlaczego mnie to spotkało?”. Miała poczucie, że jest gorsza i nie potrafi kierować własnym życiem. Obecnie chce zasłużyć na akceptację innych ludzi. Twierdzi, że wszystko jeszcze przed nią. Próbuje zdystansować się do swojej sytuacji. Czuje się odpowiedzialna tylko za niektóre osoby w swoim życiu. Przyznaje, że czasami czuje lęk i niemoc. Wierzy w przyjaźń i pragnie zaoferować ją innym. Potrafi kochać i wybaczać, ale czasem nie radzi sobie z własnymi uczuciami. Wciąż odczuwa lęk, a czasem i rozpacz. Siłę do życia znajduje w religii i pomocy innych ludzi. Przyznaje się, że brakuje jej wytrwałości w realizacji swoich zamierzeń.

W Kwestionariuszu Stylu Poznawczego uzyskała wysokie wartości punktowe zarówno w części dotyczącej oceny własnego ja („self” – 22 punkty), jak i w części dotyczącej oceny otaczającego świata („world” – 20 punktów), oraz w części dotyczącej oceny własnej przyszłości („future” – 22 punkty), co świadczy o istnieniu depresyjnego charakteru w zakresie stylu poznawczego.

W Skali Preferencji Wartości K. Popielskiego badana zaznaczyła miłość jako tę wartość, która jest dla niej najważniejsza, przypisując jej wymiar noetyczny. Dalej wymieniła rodzinę, wolność, mądrość, zdrowie, pracę i odpowiedzialność. Wartościom tym przypisywała wymiary psychiczny lub fizyczny.

Przejawiała niskie poczucie sensu życia. W metrycznej części Skali PIL otrzymała 61 punktów. W drugiej części Skali pisze, że jej życie jest „głupie”. Chciałaby osiągnąć sukces w miłości i być „kimś”. Nie może zrozumieć, dlaczego w życiu jest tyle niesprawiedliwości. Odczuwa bezradność wobec błędów, jakie popełniła. Boi się przyszłości. Cieszy ją to, że ma wielu przyjaciół. Chciałaby umieć pokonać wszystkie trudności i mieć kochającą się rodzinę.

W Inwentarzu Becka badana uzyskała 38 punktów, co oznacza, że wykazuje podwyższony poziom depresji. Badana przyznała, że czuje się smutna. Boi się, że niczego dobrego nie może się już spodziewać. Nie odczuwa przyjemności z niczego. Często płacze. Ma kłopoty ze snem. Podejmując działania, szybko się zniechęca. Boi się o swoje zdrowie. Seks odkłada na plan dalszy.

Cierpienie towarzyszy człowiekowi w całym jego życiu. W chwilach niezwykle trudnych ważne jest jednak wsparcie i możliwość pomocy ze strony innych, życzliwych ludzi. W takich warunkach łatwiej znaleźć w sobie siłę, by spróbować zmienić swój los, pogodzić się z nim i z negatywnych zdarzeń wykreować dla siebie pomyślne sytuacje. Jak powiedział V. E. Frankl: „Los sam w sobie niewiele znaczy: tym, co ten los zrządził, człowiek musi dopiero rozporządzić”.



Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błęszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Ditta Baczała

Wydział Nauk Pedagogicznych Katedra Pedagogiki Specjalnej
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

OLIGOFRENOPEDAGOG W OBLICZU CIERPIENIA SWOJEGO UCZNIĄ

Lecz istnieją przypadki trudniejsze (i te są właśnie najczęstsze), w których nasza mądrość zawodzi zupełnie. W każdej chwili w nas lub wokół nas obserwujemy straty, których zdaje się nie kompensować żadne osiągnięcie na żadnej dostrzegalnej płaszczyźnie: przedwczesne odejścia, bezsensowne wypadki, niemoc osiągająca najwyższe sfery naszego „ja”. Pod ciosami tego rodzaju człowiek nie potrafi się dźwignąć i pójść w jakimś określonym kierunku, lecz ginie lub tragicznie maleje¹.

Wstęp

Pedagogika specjalna jest nauką rozwijającą się dynamicznie przy stałym zachowaniu swojego humanistycznego charakteru. Podmiotem jej zainteresowań jest człowiek niepełnosprawny, mniej sprawny, z odchyleniami od normy, co niewątpliwie wpływa na ludzki wymiar tej dyscypliny naukowej i jej rozwój.

¹ P. Teilhard de Chardin, *O szczęściu cierpieniu miłości*, Warszawa 2001, s. 63.

Jedną z subdyscyplin pedagogiki specjalnej jest oligofrenopedagogika – pedagogika upośledzonych umysłowo². Etymologia tego trudnego pojęcia wiąże się z dwoma greckimi słowami: *oligos* – mały i *phren* – umysł, zawierającymi w sobie pejoratywny opis człowieka dotkniętego upośledzeniem umysłowym. Określanie tej grupy niepełnosprawnych jako ludzi o „małym umyśle” jest nie tylko krzywdzące, ale również daleko niesprawiedliwe. Jednostka upośledzona umysłowo jest niepełnosprawna, ponieważ jej procesy poznawcze są zaburzone i nie może ona wypełniać określonych ról społecznych. Niepełnosprawność ta nie eliminuje jednak potrzeb, emocji i uczuć, które są takie same jak u pełnosprawnych. Zatem człowiek niepełnosprawny intelektualnie ma silną potrzebę poczucia bezpieczeństwa, przynależności, miłości, które trudniej mu realizować z powodu zależności od innych, mniejszej samodzielności lub całkowitej niesamodzielności.

W realizacji potrzeb upośledzonego umysłowo pomaga oligofrenopedagog – pedagog specjalny realizujący zadania wynikające z edukacji, terapii i rewalidacji osób dotkniętych tym rodzajem niepełnosprawności. Oligofrenopedagog towarzyszy niedorozwiniętym umysłowo na każdym etapie ich życia, począwszy od wczesnego wspomagania ich rozwoju, przez okres przedszkolny i szkolny, aż do ich dorosłości. Opiekun i podopieczny spotykają się zatem w domu dziecka upośledzonego umysłowo, w poradni psychologiczno-pedagogicznej, w szkole (podstawowej, gimnazjum, zawodowej, przysposabiającej do pracy), w warsztatach terapii zajęciowej, w domu pomocy społecznej, w hostelach, w stowarzyszeniach i fundacjach. Na każdym odcinku życia ich wspólna droga ma inny wymiar czasowy. Bywa, że jest to tylko spotkanie o charakterze diagnostycznym i doradczym. Niekiedy są to sesje terapeutyczne trwające stosunkowo krótko, ale rozciągnięte w czasie. Dzieje się jednak i tak, że oligofrenopedagog jest z niepełnosprawnym intelektualnie przez wiele lat, co najlepiej widać w szkole dla dzieci i młodzieży z umiarkowanym, znacznym i głębokim stopniem upośledzenia umysłowego. Relacja oligofrenopedagog–uczeń może trwać kilkanaście lat. Powinna być oparta na profesjonalizmie nauczyciela, jego biegłości zawodowej, doświadczeniu. Zawsze jednak wypełniona będzie również emocjami, bez których współpraca między ludźmi nie jest możliwa. Będą to uczucia szczególne. Po jednej stronie stoi bowiem uczeń o upośledzonym umyśle, często obciążony dodatkowymi niepełnosprawnościami i chorobami – człowiek cierpiący. Po drugiej natomiast stoi oligofrenopedagog, stoi w obliczu cierpienia swojego ucznia.

² Pojęcie „upośledzenie umysłowe” zostanie użyte w tekście zamiennie z niepełnosprawnością intelektualną, niedorozwojem umysłowym, niepełnosprawnością mentalną bez różnicowania tych terminów.

Istota upośledzenia umysłowego

Małgorzata Kościelska na gruncie psychologii klinicznej dziecka, przedstawia koncepcję upośledzenia umysłowego w sposób następujący:

„Upośledzenie traktuję nie jako zaburzenie organiczne, ale psychologiczne; jako stan, do którego się dochodzi w rezultacie nieprawidłowego rozwoju”³.

Według autorki, istnieją trzy grupy czynników upośledzenia:

- 1) czynniki biologiczne, które mogą uniemożliwić lub ograniczyć rozwój psychiczny dziecka, ale również być szansą i zagrożeniem⁴. Szansą, „rozumianą jako możliwość stworzenia oryginalnego i indywidualnego konstruktów, wykorzystującego całą potencję rozwoju; zagrożenie jako koncentrację energii na przezwyciężaniu braków i defektów, dopuszczenie do wywarcia przez nie wpływu blokującego możliwość pełnego rozwoju”⁵;
- 2) czynniki społeczne odpowiadające za relacje ze światem zewnętrznym dzieci biologicznie uszkodzonych;
- 3) czynniki psychologiczne będące właściwościami funkcjonowania psychiki rozwoju, odpowiadającymi za jej rozwój⁶.

Tak ujęta etiologia upośledzenia umysłowego pozwoliła M. Kościelskiej na postawienie jeszcze jednej tezy będącej swoistym podsumowaniem rozważań autorki na temat przyczyn tego rodzaju niepełnosprawności:

„Tak więc domniemanie, iż można wskazać na bezpośrednie powiązanie z uszkodzeniami mózgu tak złożonego i wielobjawowego zespołu jak upośledzenie umysłowe, należy uznać za nie uzasadnione”⁷.

Profesjonalnie opracowany przez M. Kościelską konstrukt upośledzenia umysłowego rodzi w codziennej rzeczywistości ludzi dotkniętych tym rodzajem kalectwa określone konsekwencje. Jedną z nich jest brak możliwości zdobywania przez niepełnosprawnych intelektualnie kwalifikacji zawodowych umożliwiających podjęcie pracy zarobkowej gwarantującej samodzielność finansową. Kolejną jest społeczny zakaz zawierania związków małżeńskich przez osoby upośledzone umysłowo i posiadania przez nie potomstwa. Jest jeszcze w życiu niedorozwiniętych umysłowo przejmująca świadomość odmienności utożsamianej przez nich z poczuciem niższości.

Ważnym elementem upośledzenia umysłowego jest pytanie o jego istotę. Ten rodzaj inwalidztwa nie różni się od pozostałych typów kalectwa. „Istotą

³ M. Kościelska, *Oblicza upośledzenia*, Warszawa 1998, s. 8.

⁴ Tamże, s. 176.

⁵ Tamże, s. 176.

⁶ Tamże, s. 180.

⁷ Tamże, s. 172.

niepełnosprawności jest zależność od innych”⁸. W przypadku osób z niedorozwojem umysłowym uzależnienie ma kilka wymiarów.

Pierwszy z nich to brak szansy na decydowanie o własnym losie, ponieważ „struktura Ja nie może pełnić swych regulacyjnych i integracyjnych funkcji, brak w nich bowiem obrazu swoich sprawczych możliwości, poczucia autonomii i wyraźnie zarysowanych granic”⁹.

Drugi wymiar to udaremnienie realizacji elementarnych planów życiowych, zawodowych i osobistych. Osoby upośledzone intelektualnie z trudem podejmują jakąkolwiek aktywność zawodową, przegrywając walkę o zatrudnienie z pracownikami wykwalifikowanymi, którzy znacznie lepiej radzą sobie na konkurencyjnym rynku pracy.

Trzeci aspekt to cierpienie osób upośledzonych umysłowo związane z:

- licznymi niepowodzeniami w życiu;
- poczuciem niższej wartości;
- brakiem posiadania własnego domu;
- niemożnością założenia rodziny
- głodem bliskości z innymi ludźmi.

„Przez powoływanie się na ludzką wolność nie można dać odpowiedzi na pytanie, dlaczego muszą cierpieć niewinne dzieci. Milknie tu każda próba odpowiedzi, chociażby przez szacunek wobec tej niepojętej niedoli”¹⁰.

Istotą upośledzenia umysłowego jest zatem uzależnienie od innych i ludzkie cierpienie.

„Cierpienie jest doświadczeniem bardzo osobistym. Dostyc często nie wiemy, skąd się wzięło, co oznacza albo dokąd nas zaprowadzi. Często zmienia naszą sytuację życiową i wymaga nowych i odmiennych reakcji w codziennym życiu. Często trudno uchwycić jego rzeczywiste znaczenie”¹¹.

Oligofrenopedałóg w obliczu inności swego ucznia

Pedagogika specjalna jest podzielona na działy, z których każdy zajmuje się innym rodzajem odchylenia od normy. Każda z subdyscyplin tej nauki dużo miejsca poświęca problemom akceptacji inności. Szczegółowe rozważania dotyczą konsekwencji fizyczno-zdrowotnych, psychologicznych

⁸ Tamże, s. 185.

⁹ M. Kościelska, *Niechciana seksualność. O ludzkich potrzebach osób niepełnosprawnych intelektualnie*, Warszawa 2004, s. 17.

¹⁰ R. Sauer, *Dzieci wobec cierpienia*, Warszawa 1993, s. 91.

¹¹ C. van der Poel, *Dojrzewając przez ból i cierpienie*, Kielce 1999, s. 11.

oraz społecznych, jakie są wynikiem określonej niepełnosprawności, mniejszej sprawności, funkcjonowania poniżej lub powyżej normy.

Upośledzenie percepcji rzeczywistości charakteryzujące osoby niewidome, głuche i niepełnosprawne intelektualnie zostało uznane przez teorię i praktykę za najtrudniejszą przeszkodę w procesie rewalidacji. Jednostki z dysfunkcją narządu słuchu i wzroku są świadome swojej niepełnosprawności, a co za tym idzie inności. Osoby upośledzone umysłowo, szczególnie w stopniu umiarkowanym i znacznym, często uznawane są za nieświadome swej ułomności. Praktyka oligofrenopedagogiczna nie potwierdza w pełni tego poglądu.

Odmienność – nieodłączna cecha upośledzenia umysłowego – ujawnia się szczególnie w okresie dojrzewania. W tym czasie zmianom ulega fizyczność i psychika, a niepełnosprawność się uwypukla. Wiek dorastania dziecka upośledzonego umysłowo przynosi nowe problemy i stanowi ogromny trud dla chorego organizmu. Dojrzewanie fizyczne to gwałtowny skok wzrostu, do którego muszą przystosować się nie zawsze zdrowe kości. To również wzrost poziomu hormonów, będący źródłem nowych problemów i emocji, z którymi upośledzony człowiek sobie nie radzi.

Nienormalność

Młodzież upośledzona umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym zaczyna, w tym szczególnie trudnym okresie, zdawać sobie sprawę ze swej odrębności. Najbardziej dotyka tych młodych ludzi otaczająca ich nienormalność. Sami, w sposób werbalny lub niewerbalny, podają przykłady potwierdzające tę tezę.

Pierwszym z nich jest „nienormalna” szkoła, do której chodzą uczniowie z tym rodzajem i stopniem niepełnosprawności. Szkoła niewymagająca posiadania zeszytów i podręczników, niewystawiająca ocen w formie elementu cyfrowego, nierozdająca świadectw na zakończenie roku szkolnego.

Co to za szkoła bez jedynek i szóstek?¹²

Wszyscy z podwórka mają świadectwo na koniec roku, tylko ja nic nie mam. Dyplom

i nagroda to nie to samo. Ja chcę tak, jak oni.

Moi koledzy z podwórka mówią, że chodzę do szkoły dla czubków.

Kolejnym przykładem jest brak możliwości uzyskania wymarzonych kwalifikacji zawodowych. Niemożność zdobycia zawodu, który mogą wykonywać

¹² Wszystkie wypowiedzi uczniów pochodzą z zajęć socjoterapeutycznych przeprowadzanych w gimnazjum z uczniami upośledzonymi umysłowo w stopniu umiarkowanym oraz znacznym i są przytoczone w oryginale.

rówieśnicy ze szkół ogólnodostępnych, np. technika samochodowego, technika budowlanego. Fakt ten rodzi w uczniach upośledzonych frustrację, jest przyczyną niezrozumienia otaczającej ich rzeczywistości, powodem cierpienia.

Dlaczego nie mogę nauczyć się naprawiać samochodów? Wiem, jak się nazywają. Dobrze bym to robił.

Na budowie można zarobić. Można mieszać farbę, nosić styropian. Dlaczego po gimnazjum nie mogę tego się uczyć. Mój sąsiad mówi, że jestem głupi i dlatego.

Odmienność uczniów upośledzonych umysłowo uniemożliwia im uczestnictwo w życiu towarzyskim grupy rówieśników pełnosprawnych. Ich inność jest przyczyną złośliwych żartów, bolesnych uwag, lekceważenia, wyśmiewania się i kpin. Upośledzeni nie są towarzysko atrakcyjni. Nie potrafią „ściemniać”, nie „kręci” ich to, co akurat jest „na topie”. Ich niepełnosprawność intelektualna, pełna infantylności, nadmiernej wylewności, niezrozumiałego zakłopotania, jest przeszkodą trudną do pokonania dla obu stron.

Byłem z kolegami z bloku na piwie. Głupio mi było, bo nie wiedziałem, co mówią.

Moje koleżanki z bloku wzięły mnie na dyskotekę. Oni się ze mnie tam śmiali.

Zdarza się również i tak, że ułomna młodzież staje się ofiarą swoich pełnosprawnych rówieśników. Werbowana do grup przestępczych, zmuszana do działań niezgodnych z prawem nie rozumie zależności i powiązań, które tworzą z niej jednocześnie sprawcę i pokrzywdzonego. Uczniowie upośledzeni umysłowo są obiektem wiktyimizacji, co zawsze przynosi cierpienie.

Teraz wiem. Kradłem. Ale to koledzy z ulicy kazali mi przynieść wino ze sklepu. Tylko bez pieniędzy. To przyniessim.

Samotność

Odczuwanie inności przez niedorozwiniętych umysłowo adolescentów ujawnia się także podczas pierwszych prób zdobycia „dziewczyny” lub „chłopaka”. Współczesna literatura fachowa skąpo dotyka zachowań preseksualnych i seksualnych osób upośledzonych umysłowo. Można jednak w niej spotkać doniesienia pozwalające stwierdzić, że osoba niepełnosprawna intelektualnie nie ma innych sposobów zaspokajania popędu płciowego oprócz masturbacji¹³. Szukanie rozwiązań problemu pożądania u osób upośledzonych umysłowo wymaga badań nie tylko samych zainteresowanych, ale także ich rodzin. Materia jest niezwykle drażliwa, a to potęguje trudności.

¹³ Por. W. Loebel (red.), *Dylematy pedagogiczne w rewalidacji osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, Gdańsk 1996.

Kościelska w swojej najnowszej książce pisze:

Istotą niepełnosprawności jest zależność od innych: rodzice, opiekunowie, specjaliści zajmujący się dorosłymi osobami z upośledzeniem umysłowym wskutek wieloletnich zaniedbań w tym względzie nie są przygotowani do roli osób wspomagających dorosłe życie osób upośledzonych, w tym rozwój seksualny i jego ekspresję. [...]

Celem książki nie jest rozwiązywanie problemów, ale ukazanie ich; próbuje przełamać krąg milczenia wokół TYCH SPRAW. Intencją moją jest pobudzić myślenie wszystkich zainteresowanych, jak można zorganizować życie społeczne, aby w pełni w nim mogły uczestniczyć osoby mniej sprawne od innych, a tak samo jak wszyscy pragnące życia wśród ludzi, życia w godności i miłości¹⁴.

Występująca u młodych niepełnosprawnych intelektualnie potrzeba odbycia pierwszych kontaktów z płcią przeciwną, tak charakterystyczna dla tego okresu, napotyka na liczne trudności. Pierwsze związane są z postawami rodzicielskimi rodziców/opiekunów często nacechowanymi brakiem zrozumienia i lękiem. Rodzice traktując swoje pociechy jak „duże dzieci” lądując się, że problemy związane z libido nie wystąpią.

Druga przeszkoda utrudniająca pozyskanie sympatii to funkcjonowanie w kręgu osób dotkniętych tym samym stopniem niepełnosprawności. Ta zamknięta grupa przypomina getto z wszystkimi socjologicznymi konsekwencjami tego zjawiska. Tak naprawdę to opisywana młodzież może poszukiwać obiektu westchnień tylko wśród „swoich”, a to jak wykazano wcześniej napotyka liczne trudności. Poszukiwanie wybranki/wybranka serca między pełnosprawnymi rówieśnikami jest z góry skazane na niepowodzenie.

Jak zatem czuje się człowiek o ludzkich potrzebach z tak ograniczonym wyborem i limitowanymi możliwościami? Ten człowiek cierpi.

Bardzo chciałbym mieć dziewczynę, a potem żonę. Mama mówi, że tak nie będzie. Dlaczego?

Moja siostra ma chłopaka. Zamykają się w pokoju. Ja też tak chcę. Tata mówi, że mi nie wolno. Dlaczego tak mówi?

Wszystkie dziewczyny się malują. Ja nie mogę. Noszę stare ciuchy.

Inność – zadania

Jakie wyzwania stoją przed oligofrenopedagogiem w obliczu takiego cierpienia? Są to bez wątpienia zadania wynikające ze statusu zawodowego. Dobrze przygotowany do swojej profesji oligofrenopedagog nie może okazać

¹⁴ M. Kościelska, *Niechciana seksualność. O ludzkich potrzebach osób niepełnosprawnych intelektualnie*, Warszawa 2004, s. 8.

zdumienia i bezradności. Zaskakiwać mogą poszczególne sytuacje, ale nie samo zjawisko odczuwania inności przez ucznia upośledzonego umysłowo.

Co zatem należy uczynić w obliczu takiego cierpienia ucznia w procesie edukacji, terapii i rewalidacji?

Po pierwsze, oligofrenopedagog powinien systematycznie zapoznawać się z najnowszymi publikacjami poruszającymi problem ludzkiej niepełnosprawności intelektualnej. Należy wybierać literaturę łączącą w sobie rozważania teoretyczne i praktyczne. Ten rodzaj samokształcenia i samodoskonalenia oprócz poszukiwania rozwiązań wyzwala kreatywność i jednocześnie zapobiega wypaleniu zawodowemu.

Po drugie, należy od pierwszych lat pracy z uczniem i jego rodzicami/opiekunami uzmysławiać prawa i obowiązki wynikające z określonej płci. „Jeżeli nauczymy się właściwie wspierać przeżywanie seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną, pokażemy akceptowane sposoby okazywania uczuć, przygotowujemy do pełnienia ról – możemy nie tylko uzyskać nieocenione narzędzie terapeutyczne, ale stworzyć szansę pełnej realizacji ich praw”¹⁵.

Po trzecie, oligofrenopedagog powinien zadbać o opracowanie i realizację profesjonalnie przygotowanego programu socjoterapeutycznego dla młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie, którego cele rozwojowe korespondują z wiekiem uczestników i są ściśle związane z okresem dorastania:

- wyrażenie siebie w marzeniach i wyobrażeniach;
- potrzeba akceptacji społecznej;
- potrzeba autonomii – dla młodzieży upośledzonej umysłowo praktycznie niemożliwa do zrealizowania;
- potrzeba intymności;
- potrzeba niezależności;
- potrzeba przynależności do określonej grupy społecznej;
- potrzeba aktywności społecznej¹⁶.

Po czwarte, oligofrenopedagog odpowiedzialny za właściwą dla tego rodzaju niepełnosprawności realizację obowiązku szkolnego powinien umożliwić rodzicom/opiekunom udział w spotkaniach ze specjalistami (np. pedagogiem i psychologiem szkolnym, neurologiem, psychiatrą, pediatrą), którzy w swoich prezentacjach, pogadankach uzmysłwią słuchaczom problematykę odmienności społecznego funkcjonowania ich dzieci/podopiecznych.

¹⁵ I. Wojtczak-Grzesińska, *Oni też mają prawo do szczęścia*, „Gazeta Wyborcza” dodatek „Jak się kochać” 5.09.2007.

¹⁶ K. Sawicka, *Socjoterapia*, Warszawa 1998, s. 14.

Oligofrenopedagog w obliczu bólu swojego ucznia

„Bólem jest wszystko to, co opisuje się jako ból. Istnieje o tyle, o ile jest odczuwany. Nie widzi się go, nie można go dotknąć, nie można bezpośrednio zmierzyć. Nie ma dostępu wprost do bólu innych. Każdy kontakt z bólem drugiego następuje poprzez komunikację”¹⁷.

Upośledzenie umysłowe wraz ze wzrostem swej „głębokości” łączy się często z innymi niepełnosprawnościami:

- uszkodzeniami centralnego układu nerwowego;
- uszkodzeniami obszarów kory mózgowej odpowiedzialnych za rozwój mowy, odbieranie wrażeń ze świata zewnętrznego;
- uszkodzeniami poszczególnych receptorów;
- epilepsją;
- autyzmem;
- chorobami przewlekłymi, np. chorobami nowotworowymi, cukrzycą, astmą, dystrofią mięśni, chorobami psychicznymi;
- poważnymi zaburzeniami emocjonalnymi;
- niedostosowaniem społecznym, np. okazywaniem złości w sytuacjach frustracji, spędzaniem wielu godzin w samotności, rytualistycznej zabawie;
- dysfunkcjami narządu ruchu, np. mózgowym porażeniem dziecięcym, niedowładami, porażeniami.

Dodatkowe uszkodzenia i choroby są przyczyną bólu i rodzą problemy radzenia sobie z nim. Ból fizyczny – przejmujący i przewlekły jest okolicznością, której nie można ominąć w procesie edukacji. Ma on tak wielką siłę rażenia, że oddala inne problemy, a proces rewalidacji staje się momentami niemożliwy do realizacji.

„W tym kontekście rysuje się konieczność przedstawienia istoty traumatycznego charakteru przeżyć związanych z doświadczaniem przez dziecko choroby nowotworowej. Złożony charakter zarówno samego procesu leczenia, jak i jego psychospołecznych uwarunkowań wydaje się dobrze ilustrować przedstawiona przez Winklera (1996, s. 70) koncepcja bólu totalnego”¹⁸.

„Koncepcja ta wraz z centralnym pojęciem bólu totalnego w swoim charakterze ujmuje kwestię cierpienia obejmującego zarówno klasyczne pojęcie bólu, jak i cierpienie emocjonalne, duchowe, socjalne”¹⁹.

¹⁷ L.Sandrin, *Wobec cierpienia, Zrozumieć, przyjąć, wytłumaczyć cierpienie*, Kielce 2000, s. 146.

¹⁸ Cyt. za: J. Binnebesel, *Opieka nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową w doświadczeniu pacjentów*, Toruń 2003, s. 16.

¹⁹ Tamże, s. 20.

Cierpienie totalne w koncepcji Winklerowskiej w sposób szczególny dotyczy dzieci, w przypadku których nowotwór lub inne poważne schorzenie spotkały się z głębszym niedorozwojem umysłowym.

Ból fizyczny towarzyszący chorobie uwypukla wszystkie konsekwencje upośledzenia umysłowego. Oprócz bólowych skutków procesu chorobowego i towarzyszącym im zabiegom diagnostyczno-terapeutycznym, małym pacjentom doskwierają wszystkie dotychczasowe schorzenia i zaburzenie towarzyszące upośledzeniu umysłowemu.

Cierpienie socjalne najmocniej dotyka dziecko głębiej upośledzone umysłowo, bo zabiera je z dobrze znanego środowiska do szpitala. Miejsca, w którym wszystko jest dla niego nowe i niezrozumiałe. Dotychczasowe jego życie, toczące się w domu i szkole specjalnej (przedszkolu specjalnym), przebiegało według zasad, do których zdażyło się przyzwyczaić. W jego otoczeniu znajdowali się członkowie najbliższej rodziny i dobrze znani nauczyciele-terapeuci, którzy porządkowali świat, wprowadzając niezbędny dla mentalnie niepełnosprawnych ład zewnętrzny. Ono nie rozumie, co to znaczy szpital, co kryje się pod pojęciem „kroplówka”, a na dodatek musi pozostać samo w środowisku zupełnie nieznanymi postaciami. Osób, które w przypadku personelu medycznego bardzo często zadają ból fizyczny oraz równolatków z oddziału, z którymi nie potrafi nawiązać kontaktu.

Cierpienie emocjonalne, kojarzone jest przez Winklera z lękiem rozpoznania raka, lękiem wiążącym się z rozpoczęciem terapii i lękiem przed bólem²⁰. Oddziaływanie terapeutyczne stosowane w onkologii dostarcza dziecku bólu, który potęgowany jest przez skutki uboczne radioterapii czy chemioterapii (np. wypadanie włosów, torsje, wysoka gorączka, owrzodzenie).

Cierpienie duchowe – będące kolejnym składnikiem cierpienia totalnego – „związane z doświadczaniem lęku przed śmiercią i bolesnych pytań o przyczynę i skutki cierpienia”²¹, w przypadku dzieci głębiej niepełnosprawnych mentalnie dotyczy innego wymiaru. Istota śmierci i przyczyny cierpienia to abstrakcja dla umysłów umiarkowanie, znacznie i głęboko upośledzonych umysłowo. Dzieci te nie wykazują myślenia abstrakcyjnego. Ich procesy poznawcze związane są z myśleniem kojarzeniowym, czasami logicznym. One nie rozumieją przyczyn cierpienia i śmierci. Mogą podświadomie wyczuwać przed nią lęk, obserwując swoich zapłakanych bliskich, wzruszone nauczycielki, podenerwowany personel medyczny.

Ból jest dzisiaj zjawiskiem, z którym farmakologia potrafi sobie poradzić. Należy pamiętać, że poza bólem jest uczeń, dla którego pobyt w szkole może być jedną z najważniejszych wartości. Oligofrenopedagog stojący wobec tego

²⁰ Tamże, s. 20.

²¹ Tamże, s. 20.

problemu musi mieć pełną świadomość obu faktów. Staje zatem wobec trudnego wyzwania zawodowego, ale też czysto ludzkiego. Nie może realizować zadań, jakie stawia przed nim podstawa programowa zanim uczeń nie upora się z bólem. Pojawia się tu konieczność współpracy z rodzicami ucznia i jego lekarzem. Może się okazać, że rodzice są osobami niewydolnymi wychowawczo, oczekującymi stałej pomocy ze strony szkoły/nauczyciela.

Ból – zadania

„W codziennym doświadczaniu cierpienie nie jest tylko próbą. Dostyc często rozbija osobowość na kawałki. Normalna aktywność staje się trudna lub może być w ogóle niemożliwa. U niektórych zanika ich normalna siła. Sprawność jest zredukowana do minimum. Gdy wypadek lub choroba powodują rozpad jakiejś osobowości, podobne doświadczenie może sprowokować kogoś innego do ujawnienia niemal nadludzkiej siły i odwagi”²².

Oligofrenopedagog, stając w obliczu bólu swojego ucznia, musi zatem:

- zmotywować rodziców/opiekunów niewydolnych wychowawczo do diagnozy i konsultacji medycznej pozwalającej ustalić przyczynę bólu, jego leczenie lub eliminację;
- systematycznie obserwować ucznia, aby zdobyć informacje o sytuacjach, w jakich ból występuje lub się nasila;
- opracować indywidualny program rewalidacji, wytyczając cele, by uwzględniły „okoliczności bólowe”;
- przygotowywać konkretne zajęcia w sposób ciekawy, z zachowaniem walorów edukacyjnych pozwalających rozwijać zainteresowania i pasję ucznia.

Oligofrenopedagog w obliczu śmierci swojego ucznia

Śmierć jest nieodłącznym elementem życia człowieka. W naszej kulturze nie jesteśmy przygotowani na przyjęcie śmierci i nie wiemy, jak pomóc tym, którzy w naszej obecności umierają. Trudność sprawia również pomoc bliskim pozostającym w swoistej samotności po odejściu jednego z członków danej grupy społecznej. Człowiek rodzi się i umiera. Pierwszy fakt ściśle związany z bólem kojarzy się z radością, drugi ze smutkiem, cierpieniem, załamaniem. Im umierający człowiek jest młodszy, tym te odczucia są silniejsze i bardziej bolesne, łączone z głęboką niesprawiedliwością.

²² C. van der Poel, dz. cyt., s. 58.

Upośledzenie umysłowe połączone z przewlekłymi chorobami ma czasami tak tragiczny przebieg, że kończy się śmiercią. Oligofrenopedagog musi być przygotowany na ten smutny fakt. Obecność nauczyciela będzie miała istotne znaczenie dla umierającego ucznia, jego bliskich oraz pozostałych uczniów. Zadania stojące przed oligofrenopedagogiem w tej krytycznej sytuacji związane są z kilkoma aspektami.

Pierwszy z nich dotyczy pracy edukacyjno-terapeutycznej z uczniem w chorobie terminalnej. Musi być ona tak przygotowana, by sprawiać uczniowi jak najwięcej przyjemności, jednocześnie nie męcząc go. Przebieg zajęć jest w zasadzie nieprzewidywalny i zdeterminowany przez przebieg choroby. W bezpośredniej pracy rewalidacyjnej z cierpiącym uczniem w obliczu śmierci cele i założenia podstawy programowanej nie są ważne. Istotę stanowi stan zdrowia ucznia i jego samopoczucie.

Oligofrenopedagog staje również przed koniecznością odwiedzania swojego ucznia w szpitalu. Te odwiedziny zapewniają kontakt ucznia ze znaną mu szkolną rzeczywistością i są symbolem pewnego porządku, rytmu zapewniając choremu dziecku poczucie bezpieczeństwa. Nauczyciel jest czasami jedyną osobą (poza rodzicami), która potrafi w szpitalnym otoczeniu nawiązać kontakt z dzieckiem. Osobą, która zachowuje się, tak jak zawsze (rodzice dotknięci traumą nie zawsze mogą zachować spokój, uśmiech na twarzy, co w tej sytuacji wydaje się w pełni zrozumiałe i uzasadnione).

Oligofrenopedagog-wychowawca klasy lub grupy edukacyjno-terapeutycznej ma moralny obowiązek wyjaśnienia pozostałym uczniom zaistniałej sytuacji po śmierci jednego z nich. Śmierć kolegi/koleżanki rodzi pytania: gdzie jest Wojtek? Dlaczego nie przychodzi do szkoły? Co teraz robi? Odpowiedzi muszą być proste i zrozumiałe. Istota śmierci i cierpienia to abstrakcja dla umysłów umiarkowanie i znacznie niepełnosprawnych mentalnie. Dzieci te nie myślą abstrakcyjnie. Ich procesy poznawcze związane są z myśleniem kojarzeniowym, czasami logicznym. One nie rozumieją przyczyn bólu i umierania. Mogą podświadomie wyczuwać lęk, obserwując zapłakanych bliskich, wzruszone nauczycielki.

Nauczyciel musi również podjąć decyzję o uczestnictwie klasy w uroczystościach pogrzebowych poprzedzoną konsultacją z rodzicami zmarłego i rodzicami pozostałych uczniów. Na pedagogu spoczywa obowiązek dobrej znajomości osobowości uczniów, na podstawie której zadecyduje on, czy te dzieci, czy też młodzież mogą wziąć udział w pogrzebie.

Zachowanie wspomnienia po zmarłym implikuje różne rozwiązania na terenie szkoły, np. kąciki pamięci w postaci zestawu zdjęć i palącego się znicza. Jest to dowód pamięci o zmarłym członku społeczności szkolnej, ale jednocześnie może być rodzajem przypomnienia innym rodzicom dzieci termi-

nalnie chorych o losie ich pociech. Przygotowanie kącika pamięci zawsze wymaga przemyślenia i indywidualnych decyzji.

Oligofrenopedagog w obliczu śmierci swojego ucznia jest zarówno specjalistą i człowiekiem kontenerującym uczucia i emocje, z którymi może sobie nie radzić. Brak obligatoryjnych treningów interpersonalnych lub superwizji dla pedagogów specjalnych pogłębia stan rozchwiania emocjonalnego i rodzi wątpliwości co do podejmowanych decyzji.

Nikt z nas nie uniknie zastanawiania się nad problemem, dlaczego złe rzeczy zdarzają się dobrym ludziom. Prędzej czy później każdy znajdzie się w którejś z ról z historii o Hiobie, czy to jako ofiara tragedii, członek rodziny, czy też przyjaciel-pocieszyciel. Pytania nie zmieniają się nigdy; poszukiwanie zadowalającej odpowiedzi toczy się nieprzerwanie²³.

Podsumowanie

Guy Vattier twierdzi, że „wychowanie specjalne nie potrzebuje świętych ani męczenników. Potrzebni są ludzie dbający o swoją równowagę, swoje zdrowie fizyczne i umysłowe, kochający życie i innych, żywiący prawdziwy szacunek dla osoby ludzkiej, zaczynając od własnej”²⁴. Zdaniem tego autora, zawód „wychowawcy specjalnego” jest trudny, bo:

- wyzwala wychowawcę specjalnego od lęku przed bytem ludzkim;
- wymaga słuchania drugiego, dyspozycyjności i tolerancji, dotyczy sytuacji „marginesowych”, które nie on stworzył, ale które musi wziąć na siebie;
- jest frustrujący, gdyż przy podejmowanych decyzjach strukturalnych i społecznych rzadko decydujący kontaktują się z wychowawcą specjalnym.²⁵

Kim jest ten oligofrenopedagog stojący w obliczu cierpienia swojego ucznia?

Jest specjalistą, który musi umieć poradzić sobie z cierpieniem – nieodłącznym towarzyszem niepełnosprawności intelektualnej. Nie wolno mu osądzać i oceniać tego cierpienia, np. przypisując wyższą wartość cierpieniu będącemu rezultatem fizycznego bólu niż cierpieniu psychicznemu wynikającemu z poczucia inności.

Ten specjalista jest człowiekiem pełnym emocji, zwątpień, wzruszeń. Jego człowieczeństwo musi być wolne od litości – uczucia destrukcyjnego.

Ten specjalista ma wiele obowiązków wobec uczniów, szkoły, rodziców. Ma też obowiązek dbania o siebie. Jeżeli jego fizyczność w wyniku wykony-

²³ H. S. Kushner, *Kiedy złe rzeczy zdarzają się dobrym ludziom*, Warszawa 1994, s. 147.

²⁴ A. Olszak, *Psychopedagogiczne kompetencje nauczycieli szkół specjalnych*, Lublin 2001, s. 47.

²⁵ Tamże, s. 47.

wania zawodu ulegnie uszkodzeniu lub jego psychika dotknięta zostanie syndromem wypalenia zawodowego, to musi odejść z zawodu. Nie wolno mu szukać źródeł własnych porażek w uczniach, postawach rodzicielskich, biurokracji. Nie wolno mu szukać „lekarstwa” na zawodową chorobę w niezwyfikowanych naukowo terapiach i metodach.

Oligofrenopedagog w obliczu cierpienia swojego ucznia wie, że cierpienie należy także do jego zawodu.

Bibliografia

Binnebesel J. (2003), *Opieka nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową w doświadczeniu pacjentów*, Toruń.

Dylematy pedagogiczne w rewalidacji osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (1996), W. Loebel (red.), Gdańsk.

Kościelska M. (2004), *Niechciana seksualność. O ludzkich potrzebach osób niepełnosprawnych intelektualnie*, Warszawa.

Kościelska M. (1998), *Oblicza upośledzenia*, Warszawa.

Kushner H.S. (1994), *Kiedy złe rzeczy zdarzają się dobrym ludziom*, Warszawa.

Olszak A. (2001), *Psychopedagogiczne kompetencje nauczycieli szkół specjalnych*, Lublin.

Sandrin L. (2000), *Wobec cierpienia, Zrozumieć, przyjąć, wytłumaczyć cierpienie*, Kielce.

Sauer R. (1993), *Dzieci wobec cierpienia*, Warszawa.

Sawicka K. (1998), *Socjoterapia*, Warszawa.

Teilhard de Chardin P. (2001), *O szczęściu cierpieniu miłości*, Warszawa.

van der Poel C. (1999), *Dojrzewając przez ból i cierpienie*, Kielce.

Wojtczak-Grzesińska I. (2007), *Oni też mają prawo do szczęścia*, „Gazeta Wyborcza” dodatek „Jak się kochać” 5.09.

Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błęszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Zbigniew Bohdan

Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Onkologii Dziecięcej
Akademii Medycznej w Gdańsku
Hospicjum ks. Eugeniusza Dutkiewicza w Gdańsku

CIERPIENIE ZAWODOWE LEKARZA

Młodzi ludzie, rozpoczynając swoją drogę w zawodzie medycznym, niewiele wiedzą o życiowych następstwach decyzji podjęcia nauki. Fascynują ich niezwykle możliwości nauk biologicznych, perspektywy zawodowe, samorealizacja, humanistyczna idea służenia ludziom. Testy czy punktacja gwarantujące przyjęcie na studia w żaden sposób nie oceniają umiejętności kandydata w radzeniu sobie z sytuacjami kryzysowymi, które będą w przyszłości ich udziałem. W trakcie wyczerpujących studiów dokonuje się szlifowanie i polerowanie idei, przybliżając realia i prawdziwe perspektywy wybranego i wymarzonego zawodu. Studia pełnią rolę wstępnej selekcji zawodowej i choć wypełnione schematycznymi zajęciami dostarczającymi ogromnej wiedzy, w istocie nie bardzo przygotowują do bezpośredniej konfrontacji posiadanej wiedzy teoretycznej, książkowej z wyzwaniem, jakie niesie życie zawodowe. Praktyczne zajęcia z chorym w niezadowalającym stopniu przygotowują do przyszłej drogi zawodowej, do egzystencjalnych rozmów wyjaśniających obserwowane zjawiska biologiczne.

Zbyt mało jest także wzorców osobowych, Mistrzów zawodu, w dawnym rozumieniu tego słowa, „ludzi pełnych” – nie tylko ugruntowanej wiedzy fachowej, ale także będących wzorem postaw do naśladowania. Częściej można napotkać sprawnych menadżerów, doskonałych techników, precyzyjnych do bólu diagnostów, producentów prac naukowych z określoną punktacją wyliczającą ich wartość merytoryczną i środowiskową.

Szybki postęp nauk biologicznych wytworzył liczną grupę sprawnych naukowców, praktyków będących specjalistami w wąskiej dziedzinie, doprowadzonej do bardzo precyzyjnych działań na małym obszarze. Ich niezwykle szeroka wiedza, pozwala spojrzeć na człowieka z perspektywy wybranej choroby, narządu, tkanki, nawet zmienionej komórki – nie wnikając zbyttnio w szeroko pojętą całość lub kontekst.

Coraz bardziej uszczegółowiające się dziedziny mają znaczącą trudność spotkania się ze sobą – rozmawiają bowiem coraz mniej zrozumiałym językiem sobie właściwym. Język nauki już nie jednoczy wokół problemu, ale staje się kłębowiskiem faktów dostępnych i zrozumiałych przez nielicznych, a wymagających aneksów z tłumaczeniami dla mniej wtajemniczonych

Postronny obserwator poddany procedurom rozdrabniającej się wiedzy zastanawia się nad tym, czy medycyna nie uległa dehumanizacji.

Spostrzeżenie to dotyczy różnych sfer działania poczynszy od hermetycznego zawodowego języka, a skończywszy na marginalizacji ducha braterstwa i wspólnoty z cierpiącym. Mimo że skomplikowane urządzenia i metody badawcze coraz precyzyjniej wnikają w ludzką strukturę materii, coraz dalej jest do całego człowieka będącego jednością cielesno-duchową. Placówki służby zdrowia pełne są ludzkiego cierpienia, lęku i doskwierającej samotności.

Ekonomizacja działań medycznych wprowadziła w leczenie i diagnostykę pośpiech i kalkulację, stwarzając urzędnicze bariery dostępu do lekarza i sprowadzając chorego do poziomu procedury, rozpoznania, punktów przeliczeniowych, kosztów i zysków.

Coraz mniejsze znaczenie ma tu realny człowiek, a większe jego „stopień zużycia”, „rokowanie naprawy”, perspektywa aktywnego i dobrej jakości życia w rodzinie i społeczeństwie. Dzisiejsza medycyna lansuje model człowieka sprawnego i twórczego do późnej starości. Możliwości wyleczenia czy usprawnienia są niemal nieograniczone, a zdumieniem napawa konstatacja, że człowiek nadal jest jeszcze istotą śmiertelną.

Chory przewlekłe, stary, niepełnosprawny, zagubiony i nieporadny jest wyrzutem sumienia społeczeństwa w całości, a medycyny w szczególności.

Nasilają się wymagania i roszczenia rodzin pacjentów rozbudzone medialnie przez powierzchowną prezentację przypadków jednostronnie opisanych. Utrwalone wzorce zachowań, przedstawiające prawał godziwego zachowania w domu rodzinnym, w małej społeczności – zostały skutecznie wyparte przez nową jakoć anonimowego życia w wielkich aglomeracjach miejskich. Doszła do tego atomizacja życia i bycia w tradycyjnej rodzinie, rozbitcie jej struktur, pozabawienie wzorca zachowań przez podpatrywanie i naśladownictwo. Młodzi ludzie trafiający do zawodów medycznych są wypadkową modeli kształtowanych przez dzisiejszą szkołę, wspólnotę rodzinną,

parafialną, media, szeroko pojęte środowisko społeczne. Konfrontacja ich marzeń i idei, ulega erupcji w zderzeniu z barierami, zbiorowymi postawami i oczekiwaniami grupy zawodowej.

Bywa, że otwarta postawa na potrzeby pacjenta, staje się wyrzutem sumienia nie do przyjęcia przez utrwalone stereotypy zachowań. Stopniowo prowadzi to do rezygnacji z własnych indywidualnych działań, by dostosować się do ogólnie przyjętej „bylejakości”. Pamiętam list studentki Wydziału Lekarskiego z Wrocławia Zosi¹, która – mieszkając w akademiku – wiele godzin spędzała na oddziale szpitalnym, pomagając „koczującym” tam rodzicom dzieci leczonych z powodu białaczki. Rozumiejąc po ludzku ich trudną sytuację, robiła zakupy, zabierała pranie, starała się „nie stać biernie z boku”. Pytała mnie „Doktorze, czy ja robię coś złego? Czuję na sobie karzący wzrok personelu, tak jakby mieli do mnie pretensję. Czasami są opryskliwi i niemili. Dlaczego?” Nie umiałem odpowiedzieć na postawione pytania. List przeleżał się bez odpowiedzi. Wiem, że mimo opisywanych kłopotów, a może właśnie dzięki nim Zosia znalazła pracę w Klinice Wrocławskiej. Mam nadzieję, że jako młody lekarz wniesie do pracy zespołu nową wrażliwość.

Chory człowiek, niezależnie od wieku, poszukuje w lekarzu człowieka nie tylko skutecznego zawodowo, ale także bliskiego mu poprzez kontakt osobowy. Choroba, zwłaszcza poważna lub przewlekła wprowadza w nas lęk egzystencjalny, zagrożenie strukturalne, które nie ulecą tylko specyfiki farmakologiczne, ale także czyjaś obecność, otwarcie na chęć towarzyszenia, bycia razem. Tam, gdzie nie sprawdza się wiedza medyczna, jest zawsze miejsce na ludzkie współczujące serce². W trakcie studiów lekarze otrzymują skomplikowaną aparaturę do orzekania o stanie fizycznym chorego, dysponują systemem pojęć teoretycznych, technik diagnozowania, a także wyraźnie zakreślonych norm. Dokonywanie rozpoznań jest więc procesem identyfikacji wymiernych, określonych normami przyczyn tak samo określonymi objawami, decyzja o terapii – identyfikacją rozpoznań z precyzyjnymi formułami farmakologicznymi czy procedurami zabiegowymi. W tak określonym warsztacie lekarza trudno jest znaleźć miejsce dla niewymiernych, pozbawionych odniesień normatywnych i trudno uchwytnych procesów psychicznych czy problemów emocjonalnych pacjentów³.

Wyraźnie za mało jest w zawodowym przygotowaniu lekarza - psychologii, a zwłaszcza złożonej wiedzy o relacjach międzyludzkich, o sytuacjach granicznych, o sposobach radzenia sobie z pacjentem „trudnym” i jego bliskimi. Nie wystarczy tu intuicja, potrzebna jest konkretna wiedza praktyczna, oparta na doświadczeniu bycia z chorymi, rozumienia mechanizmów ich działania

¹ List jest w zasobach prywatnych autora

² Kubler-Ross, *Koło życia*, Świat książki, Warszawa 2000.

³ A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, IFIS PAN, Warszawa 2005, s. 20.

i motywach obserwowanych postaw. Na dobry kontakt z pacjentem, wzajemne zrozumienie z nim, jego rodziną, wpływa wiele czynników: zdolności komunikacyjne obu stron, kontekst sytuacyjny, doświadczenie własne cierpienia i straty, wiedza ogólna, język pozawerbalny. Nade wszystko dobry lekarz musi także umieć słuchać, bo w trudnych rozmowach ważna jest także przestrzeń ciszy i otwarcie na prawdę drugiej osoby.

„Moja odpowiedzialność i nadzieja, jaką przynoszę, nie kończą się wraz z wypisaniem ostatniej recepty. Aby dotrzymać przymierza muszę zwrócić się do własnego strachu przed rakiem, własnego strachu przed śmiercią i wrócić z powrotem do łóżka pacjenta... aż śmierć nas nie rozdzieli. Obietnica przymierza byłaby najwłaściwszym skrótowym opisem stosunku lekarz – pacjent. I to nie jest zła nowina. Jest to powód do nadziei” – jak pisała przed laty prof. D. Komp⁴.

Aby uczestniczyć w uzdrawianiu innych, sami musimy coś zrobić z naszymi własnymi ranami. Zacząć trzeba od naszego rozumienia życia. Z jakiegoś dziwnego powodu sądzimy, że już jesteśmy ekspertami w sprawie życia i że tylko śmierć ukrywa w sobie nieznanne. Ponure statystyki rozbitych małżeństw, niechcianych ciąży, patologicznych rodzin i społecznej rozpaczki wykrzykują, że jako społeczeństwo wiele jeszcze mamy do nauczenia się o życiu (tamże).

Tęsknota pacjenta za „prawdziwym lekarzem” napotyka na barierę wyuczonej, sprawdzonej bezdusznosci, która jest maską kryjącą niemoc medyka. Łatwiej bowiem wypracować w sobie umiejętność mijania trudnych pytań, pokazywania siebie jako człowieka niezwykle zapracowanego, schowanego w papierach, niż otwartego na cierpienie, a często także współcierpiącego. Ucieczka w maskę trudnego charakteru, opryskliwości, niedostępności pozwala z biegiem czasu na obronę przed zespołem wypalenia zawodowego, tak typowym dla medycyny związanej z sytuacjami zagrożenia życia. Zamiast empatii oczekiwanej przez chorego i jego otoczenie – pokazywana jest wypróbowana maska powszechnej obojętności, elegancki dystans emocjonalny, bariera języka i sprawowanej funkcji⁵.

Wielu lekarzy głęboko zaangażowanych w leczenie i towarzyszenie swoim chorym – płaci za swą postawę cenę ograniczeń życia osobistego. Noszą w myślach pacjentów, zabierają ich do domów po zakończonej pracy, analizują i odtwarzają całodienne działanie, sprawdzają jego efekty, dzwoniąc do szpitala.

Długie lata pozostają w pamięci sytuacje graniczne, gdy nie mogą komuś pomóc, pozostajemy z niepewnością, czy zrobiono wszystko, by ratować chorego? Zwłaszcza dotyczy to decyzji podejmowanych samotnie, obarczonych ry-

⁴ D. M. Komp, *I dziecko będzie je prowadzić*, Verbinum, Warszawa 1997, s. 85.

⁵ L. Sandrin, *Jak się nie wypalić pomagając innym*, Jedność, Kielce 2006.

zykiem lub hazardem niepowodzenia. Tu ostatecznie nie ma nigdy pełnego rozgrzeszenia, pozostaje uczciwa samoocena, rozmowy z kolegami lub mentorami o dużym doświadczeniu. Na tym obszarze łatwo o potępienie, krzywdzącą ocenę, samounicestwienie przez nieustające wyrzuty sumienia⁶.

W tym ujęciu medycyna jawi się jako zawód wszechogarniający, nie znoszący konkurencji w postaci życia prywatnego, będącego przeciwwagą dla leczenia i pielęgnowania.

Młody człowiek, rozpoczynając swą drogę zawodową, nie zawsze zdaje sobie sprawę, że medycyna będzie dla niego takim właśnie wyzwaniem. Z biegiem czasu przekona się, że będzie podejmował decyzje życiowe także w sposób zbliżony do postępowania medycznego opierającego się na realnych przesłankach i kalkulacji ryzyka. Najpierw zabezpiecza się przed zdarzeniami najbardziej niebezpiecznymi, a potem konstatuje mniej ryzykowne.

Już w czasie studiów rzetelność wobec przyszłego, teoretycznego pacjenta nakazuje solidne opanowanie wymaganych umiejętności.

Mniejsze znaczenie ma tu ocena uzyskana w konfrontacji z nauczycielem zawodu – większym wyzwaniem jest oczekiwanie skuteczności ze strony potencjalnego potrzebującego pomocy chorego człowieka. On najbardziej rzeczowo sprawdzi naszą wiedzę.

Pasja i zaangażowanie w studiowanie mają swoją wymierną cenę, nieliczni studenci medycyny pogłębiają swą wiedzę z innych dziedzin. Nie starcza czasu na lektury i pasje pozamedyczne. Urywają się kontakty osobiste, zmienia się język komunikacji, zmienia się postrzeganie i ocena świata. Z perspektywy kontaktu z cierpieniem życie nabiera innych, nowych barw, staje się bardziej głębokie i godne szacunku. Jeśli tylko młody lekarz ma choć trochę zmysłu obserwacji (a powinien go mieć z definicji zawodowej) i jeśli tylko posiada choć trochę dystansu do siebie – łatwo dostrzeże, że wyjątkowość wybranego zawodu ma swoją cenę. Jest nią nowy, inny stosunek do świata widzianego z perspektywy kruchości ludzkiego życia.

Powoduje to dystans do spraw błahych, dystans do samego siebie, z biegiem czasu coraz większy szacunek do życia we wszelkich jego przejawach.

Radość z uratowania komuś życia przeplata się z niepewnością podjętych decyzji, zmaganiem się ze zmęczeniem fizycznym i psychicznym, z realiami codzienności. Bycie w ciągłym stresie, typowe dla dziedzin zabiegowych, wymagających natychmiastowych i jednoznacznych decyzji, owocuje stałym zmęczeniem, trudnościami w relacjach z otoczeniem, czasami różnymi formami ucieczki, np. w nałogi, seksualność, nieumiarkowanie w jedzeniu i picciu. Część z tych zachowań może być także jakąś formą niezgody na siebie, nieakceptowanie własnego statusu i rozbieżność z oczekiwaniami.

⁶ *Dobry zawód, z lekarzami rozmawiają* K. Bochenek, D. Kortko, Znak, Kraków 2006.

Zawód lekarza jest jednym z najcięższych i najniebezpieczniejszych (zakażenia, zawały, szkodliwe czynniki fizykochemiczne, stałe napięcia psychiczne) zarówno dla samego medyka, jak i dla jego bliskich⁷. Trzeba niezwykle taktownego i wyrozumiałego partnera życiowego, by umiał wyciszyć codzienne emocje i pozwolił na odreagowanie przenoszonych do domu napięć zawodowych. To też jest jakaś cena osobista zaangażowania w usługę chorym. Prof. Nielubowicz⁸ wobec planów matrymonialnych swego asystenta, zapraszał potencjalną kandydatkę na żonę chirurga na rozmowę, w której opisywał trudności i potencjalne zagrożenia takiego związku. W dawnych kodeksach medycznych, zalecano raczej samotność lekarza, by nic nie rozpraszało go w służbie choremu. Mówiono, są tylko trzy sytuacje dotyczące życiowego powołania, to bycie: duchownym, lekarzem, rodzicem. Dziś znacznie osłabło znaczenie duchowych aspektów wyboru zawodu medyka, podkreśla się szczególnie predyspozycje, umiejętności, wrażliwość, zdolności manualne. Przy wyborze na studia zrezygnowano z rozmów kwalifikacyjnych (kto miałby je przeprowadzać?) dotyczących motywacji i świadomości wyboru tego szczególnego zawodu.

Nie ma tu więc miejsca na sprawdzenie czy przyszedł lekarz „mocował się ze sobą” zanim podjął decyzję ostateczną o swojej drodze życiowej. Mówi o tym wiersz ks. profesora Janusza Pasierba pt. *Powołanie*⁹:

pytasz czy zostałeś wezwany
jesteś prosty i jasny
tu ciemność w południe
nie wiem czy jesteś
skaleczony przez anioła, ugryziony przez węża, naznaczony
nie wiem czy zostałeś wybrany
nie widzę rany

Wybór drogi ku medycynie pozostawia po sobie znak, swoiste piętno wątpliwości, niepewności, determinacji. Często do zawodu trafiają ludzie po ważnych przeżyciach dramatycznej choroby (swojej lub obserwowanej u bliskich). Ich postrzeganie medycyny naznaczone jest piętnem osobistych doświadczeń.

Psychologia rozwojowa twierdzi, że w procesie kształtowania się naszego wnętrza i co za tym idzie, także tego, kim jesteśmy i czego pragniemy, wielką rolę odgrywa okres szukania własnej tożsamości. To czas, w którym chodzi o refleksję nad marzeniami, jakie wiążemy z własnym życiem, nad własnym

⁷ *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, opr. .H. Bortnowska, Znak, Kraków 1993.

⁸ *Dobry zawód*, z lekarzami rozmawiają K .Bochenek, D. Kortko, Znak, Kraków 2006.

⁹ J. Pasierb, *Powołanie*, w: *Wierzę*, Bernardinum, Pelplin 1998, s. 65.

przeznaczeniem i powołaniem, o odkrycie ich dla siebie samych. To okres, gdy kształtuje się stabilne wyobrażenie własnego wnętrza i krystalizuje się osobista tożsamość¹⁰.

Ten, kto żyje w harmonii z własnym powołaniem, kto po prostu podejmuje się zadań, które z tego wypływają, ten jest w stanie sprostać swemu człowieczeństwu. Dopiero przez najprostsze czynności ludzkość się realizuje. Wówczas czujemy się jednością z czymś wielkim, ale dzieje się to w ciszy. Bez propagandy, dogmatów, nauczania, bez moralizowania. One wszystkie nie odgrywają tu żadnej roli – mówił w swej książce¹¹ Bert Hellinger.

Kolejnym ważnym elementem opisywanych wyżej zjawisk jest świadomość i wiedza o chorobach będących udziałem personelu medycznego i jego bliskich.

Nie da się uciec od egzystencjalnych pytań dotyczących sytuacji osobistej, lęku o los rodziny (rodziców, krewnych, przyjaciół, dzieci, współmałżonków). Posiadana wiedza dotycząca następstw, zagrożeń związanych z chorowaniem, leczeniem, jest balastem trudnym do odrzucenia. Lekarze zawodowo są przygotowani do przewidywania najbardziej nieprawdopodobnych sytuacji i powikłań. Niczym szachiści uczą się postępowania wyprzedzającego pojawiające się problemy na kilka ruchów do przodu. W diagnostyce szeroki zakres badań, zabezpiecza przed ewentualnością nieprzewidzianych zjawisk.

Przewidywanie możliwych powikłań, ciągle zabezpieczanie się przed nimi należy do kanonów wyobraźni zawodowej i rozwija się wraz z wiekiem i doświadczeniem lekarza.

Wiedza ta może paraliżować logiczne zachowanie w stosunku do najbliższych, może być męką i udręką, jeśli jesteśmy wciągnięci w choroby i cierpienie rodziny. Bycie w podwójnej roli człowieka z zewnątrz i zarazem wewnątrz, obserwatora i uczestnika, fachowca i biernego wykonawcy może być źródłem niewyczerpanego cierpienia. Szczególnie zaznacza się to w sytuacji uświadomionej niemocy, braku wpływu na toczące się zdarzenia zarówno diagnostyczne, jak i lecznicze.

Jeszcze bardziej opisane wyżej zjawiska dotyczą lekarzy obserwujących siebie w trakcie choroby. Posiadana wiedza pozbawia złudzeń, pozwala na głębsze uświadamianie sobie istniejących zagrożeń, a często wyprzedza ich nadchodzenie. Zawodowy dystans do obserwowanych zjawisk, nie jest już taki oczywisty w zastosowaniu do własnej osoby. Egzystencjalny niepokój, zaduma nad nieuchronnością losu z całą pewnością nie ułatwia lekarzom bycia chorymi. Nauczeni doświadczeniem obserwowanych w ciągu życia przypadków sami są trudnymi do prowadzenia, balansując między skwapliwym wypełnianiem poleceń, a niewiarą i sceptycyzmem wobec wszystkiego i wszystkich.

¹⁰ W. Miller, *Być samemu nie znaczy być samotnym*, wyd. Salwator, Kraków 2007.

¹¹ B. Hellinger, G. Hovel *Praca nad rodziną metodą Hellingera*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004, s. 53.

Sami będąc ekspertami od chorób, są niezwykle trudnymi ekspertami od umierania.

Z obserwacji personelu hospicjów, najgorzej umierają lekarze i duchowni. Oni, którzy powinni być ogorzali, opatrzeni i oswojeni z problematyką odchodzenia, z trudem godzą się na własne odejście. Jest to bowiem gromadzona przez lata wiedza dotycząca rozstań z pacjentami. Zabijanie nadziei wynikającej z wiary w życie, a towarzyszącej lekarzowi niemal do samego końca. Smutek rozstań uświadomionych i zaskakujących, niespodziewanych. Uczestniczenie w czyjejs drodze i doskwierająca świadomość własnego odchodzenia. Mierzenie i nazywanie czegoś, co z definicji jest niewytłumaczalne i okryte tajemnicą bytu.

Lekarz poprzez uczestnictwo w czymś *misterium mortis*, stale pobiera nauki dotyczące własnego przemijania. Nieuchronnie musi zadawać sobie pytania o swój własny stosunek do obserwowanych zjawisk. Jeśli ma w sobie dość pokory obserwując/współuczestnicząc, będzie budować swoje własne relacje z Bogiem i z otoczeniem. Mówi o tym Matka Teresa¹²:

W takiej ciszy słyszy się Boga wszędzie:
W zamykaniu drzwi, w człowieku, który cię potrzebuje,
W śpiewie ptaka, w kwiatach, zwierzętach –
W ciszy, która jest zachwytem i uwielbieniem.

Ta niełatwa konfrontacja między marzeniami związanymi z byciem lekarzem (z początków studenckich i zawodowych) a dojrzewaniem duchowym czyni lekarzy coraz bardziej samotnymi. Lata pracy z chorymi prowadzą lekarza drogą od zachwyty nad możliwościami wiedzy i rzemiosła, do świadomości ograniczeń (własnych i medycyny), a w ostateczności do przyjęcia cierpienia jako elementu towarzyszącego całej naszej egzystencji.

Pierwszą i absolutnie niepodważalną prawdą naszego istnienia – poza samym faktem, że istniejemy – jest nieunikniona świadomość śmierci, jak głosił JP II¹³.

W tym względzie doświadczenie towarzyszenia cierpieniu, jest także formą zdobywania wiedzy dotyczącej własnej drogi, własnego miejsca w świecie, akceptacji własnego odchodzenia. Spotkanie z chorym, niezależnie od wieku, jest zawsze obopólną lekcją, obie strony podobnie dają i biorą. Lekarz daje swoją wiedzę i doświadczenie zawodowe. Pacjent wiedzę życia i chorowania, oraz doświadczenie śmierci i odchodzenia, którego nijak nie można powtórzyć.

¹² Matka Teresa, *Wszystko zaczyna się od modlitwy*, Wyd. Pruszyński i S-ka, Warszawa 1999 s. 38.

¹³ Jan Paweł II, Encyklika *Fides et ratio*, Watykan, 14.09.1998, s. 26.

Bibliografia

Dobry zawód (2006), z lekarzami rozmawiają K. Bochenek, D. Kortko, Znak, Kraków.

Hellinger B., Hövel G. (2004), *Praca nad rodziną metodą Hellingera*, Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk.

Jan Paweł II (1998), Encyklika *Fides et ratio*, 14.09.1998, Watykan.

Komp M. (1997), *I dziecko będzie je prowadzić*, Verbinum, Warszawa.

Kübler-Ross E. (2000), *Koło życia*, Świat książki, Warszawa.

Matka Teresa (1999), *Wszystko zaczyna się od modlitwy*, Wyd. Pruszyński i S-ka, Warszawa.

Miller W. (2007), *Być samemu nie znaczy być samotnym*, Salvator, Kraków.

Ostrowska A. (2005), *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, IFIS PAN, Warszawa.

Pasierb J. (1998), *Powołanie w: Wierzę*, Bernardinum, Pelplin.

Sandrin L. (2006), *Jak się nie wypalić pomagając innym*, Jedność, Kielce.

Sens choroby, sens śmierci, sens życia (1993), opr. H. Bortnowska, Znak, Kraków.

Repozytorium



UMK

Wielowymiarowość cierpienia
pod redakcją naukową
Józefa Binnebesela, Jacka Błeszyńskiego, Zbigniewa Domżała

Łódź 2010

Ks. Piotr Krakowiak SAC

Fundacja Hospicyjna w Gdańsku

TRUDY I CIERPIENIA DUSZPASTERZA HOSPICYJNEGO. REFLEKSJE NA PODSTAWIE DOŚWIADCZEŃ W OPIECE HOSPICYJNEJ

Zamiast wstępu: seminaryjne ideały i trudna rzeczywistość

Powszechnie znany jest fakt obecności kapłana przy osobach chorych i umierających. Jedną z trosk rodziny i pacjentów jest kontakt z osobą duchowną w obliczu cierpienia, spowiedź, przyjęcie sakramentu chorych. Kościół w swoim oficjalnym nauczaniu przypomina o obowiązku opieki nad chorymi i wyznacza ludzi, którzy jako kapelani przychodzą im z pomocą. Jak to wygląda z perspektywy księdza, który zostaje posłany do tej odpowiedzialnej służby? Opowieść o trudach i cierpieniach kapelana rozpocznę od osobistego wspomnienia. Byłem młodym księdzem, miesiąc po święceniach. Nie zdziwiłem się, kiedy przełożony wysłał mnie do parafii przy Akademii Medycznej i do pomocy w hospicjum. Napisałem pracę magisterską o eutanazji, opierając się na nauczaniu Jana Pawła II. Przeczytałem wiele książek, odwiedziłem ośrodki hospicyjne w Polsce, w Anglii i wydawało mi się, że wiem wiele o cierpieniu, umieraniu i śmierci. Jestem ekspertem – myślałem. Cieszyłem się, bo pragnąłem jak najszybciej skonfrontować teorię z praktyką i służyć zgodnie z ideałami, których nie brakuje w formacji seminaryjnej (Krakowiak, 2006, s. 10). Wyznaczone cele były bardzo chwalebne i wzniosłe. Oddaje je dobrze fragment adhortacji Jana Pawła II, skierowany szczególnie do tych, którzy z racji swojego charyzmatu pragną poświęcić się pracy z chorymi.

Kościół patrzy z podziwem i wdzięcznością na liczne osoby konsekrowane, które niosąc pomoc chorym i cierpiącym, wnoszą ważny wkład w jego misję. Kontynuują one posługę miłosierdzia Chrystusa, który „przeszedł [...] dobrze czyniąc i uzdrawiając wszystkich” (Dz 10, 38). Idąc śladami tego Boskiego Samarytanina, lekarza dusz i ciał, i wzorując się na swoich założycielach i założycielkach, osoby konsekrowane, którym nakazuje to charyzmat ich Instytutu, niech trwają w swoim świadectwie miłości wobec chorych, poświęcając się im z głębokim współczuciem i zaangażowaniem. Niech otaczają szczególną troską chorych najuboższych i najbardziej opuszczonych — starców, niepełnosprawnych, odepchniętych przez społeczeństwo, umierających, ofiary narkomanii i nowych chorób zakaźnych (Jan Paweł II, 1996, 83).

Wśród ideałów pracy duszpasterskiej pomoc ubogim, chorym, niepełnosprawnym jest radykalnym wyborem, podobnie jak praca misyjna z dala od bezpieczeństwa własnej kultury i języka. Wejście w środowisko służby zdrowia i w świat kryzysu jest w pewnym sensie podjęciem pracy misyjnej, w obcym dla nas i nie zawsze przychylnym i otwartym otoczeniu (Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, 1992). Doświadczali tego czasami kapelani posługujący w szpitalach w powojennej Polsce. Chorzy i umierający w szpitalach nie zawsze mogli liczyć na przybycie kapelana, gdyż często nie był on tolerowany w zespołach służby zdrowia. Demokratyczne przemiany przyniosły zmianę nastawienia do posługi duszpasterskiej w szpitalach, konstytuując i regulując wizyty pastoralne i opiekę duszpasterską kapelanów szpitalnych (Pawlina, 1981, s. 142–144). Chodząc dzisiaj po szpitalu, ksiądz ciągle jeszcze może czuć się niechcianym gościem, czy przeszkodą w wykonywaniu procedur medycznych, co nie ułatwia apostołatu środowiska medycznego, do czego zachęca Kościół w swoim nauczaniu:

W ramach swojej misji [duchowni] powinni również ewangelizować środowiska służby zdrowia, w których pracują, szerząc wartości ewangeliczne i ukazując w ich świetle sens życia, cierpienia i śmierci ludziom naszych czasów. Ich zadaniem jest humanizacja medycyny i pogłębianie refleksji nad zasadami bioetyki w służbie Ewangelii życia. Niech zatem szerzą przede wszystkim szacunek dla człowieka i dla ludzkiego życia od poczęcia do naturalnego kresu, w duchu całkowitej zgodności z nauczaniem moralnym Kościoła, zakładając w tym celu także ośrodki formacji i nawiązując braterską współpracę z kościelnymi strukturami duszpasterstwa służby zdrowia (Jan Paweł II, 1996).

Jak w praktyce wyglądała humanizacja medycyny i pogłębianie refleksji z zespołem służby zdrowia w moim przypadku?

Musiałem odwiedzić z komunią prawie dwa tysiące ludzi. I najlepiej jakbym zrobił to przed 8 rano albo po 16, by nie przeszkadzać personelowi. Dla jednych byłem męczącym budzikiem w sutannie, dla innych utrapieniem przy porannej toalecie albo wyrzutem sumienia, dla niektórych wreszcie wyczekiwany zwiastunem nadziei. Pragnąłem się zatrzymać, poznać, pogadać... Trzeba było jednak gonić. – Może porozmawiam z personelem – pomyślałem. Ale jak? Na mój widok zatrząskuje się drzwi albo wypowiada pośpieszne „Pochwalony”. Nieustanny pośpiech. Należy zdążyć przed salowymi, które, wjeżdżając ze śniadaniem, niepodzielnie rządzą oddziałem. Chwilę później obchód z profesorem na czele i całą procesją białych fartuchów. Pośpiech, frustracja, kilka spowiedzi, msze w obskurnej kaplicy – to obrazek pierwszych tygodni mojego kapłaństwa (Krakowiak, 2006, s. 10).

Piękne były słowa skierowane do kapelanów przez Nuncjusza Apostolskiego w Polsce. Mówiąc o trudzie i misyjnej pracy, wskazuje na ideały, które mają pomóc kapelanowi dzielnie służyć potrzebującym¹ (za: Jachimczak, 1999, s. 6). A realia ważnego odcinka duszpasterskiego były i są bardzo trudne. Nic dziwnego, że wielu młodych księży zraża się do tej pracy po pierwszych doświadczeniach i niechętnie myśli o wizytach w szpitalach.

Kilka miesięcy w dużym szpitalu pomogły mi zrozumieć błogosławieństwo domowego hospicjum dla ciężko chorego człowieka. Szpital malował mi się zgoła odmiennie – mnóstwo zabieganych ludzi, badania, wyniki, zabiegi, obchody... Pośpiech i przygnębiająca anonimowość. Polubiłem hospicjum za domowy klimat i za ludzi, którzy nie bali się pokazać, że mają duszę i uczucia, że boją się śmierci, że płaczą razem z rodzinami po odejściu bliskich. Szybko jednak boleśnie się przekonałem o tym, że praca w hospicjum wymaga jeszcze innych umiejętności niż trudna i odpowiedzialna praca w kapelanii szpitalnej (Krakowiak, 2006, s. 12).

Jan Paweł II zachęcał kapelanów, by byli aktywnymi podmiotami duszpasterstwa na mocy szczególnego charyzmatu Krzyża² (Jan Paweł II, 1996).

¹ „Pracujecie na bardzo ważnym odcinku duszpasterskim. Każdego dnia stajecie przy łożu chorych ludzi, by dzielić ich cierpienie i nieść im duchową pomoc. Stajecie przed poszczególnymi osobami, które wrośnięte w duchowe życie Kościoła z radością oczekują waszej posługi sakramentalnej. Stajecie jednak przed ludźmi, którzy doświadczeni cierpieniem, może stoją już u kresu życia, a w ich duszy panuje duchowa pustka, beznadziejność, a może rozpacz. Są to również nasi współbracia, którym trzeba okazać duszpasterską pomoc...”

² „Niech [duchowni] pomagają chorym składać w ofierze swoje cierpienie w komunii z Chrystusem ukrzyżowanym i uwielbionym dla zbawienia wszystkich, co więcej, niech pogłębiają w nich świadomość, że przez modlitwę oraz świadectwo słów i czynów są oni aktywnymi podmiotami duszpasterstwa na mocy szczególnego charyzmatu Krzyża”.

Ojciec ruchu hospicyjnego w Polsce, ks. Eugeniusz Dutkiewicz, wieloletni kapelan szpitala i Hospicjum, porównał scenę z hospicyjnej służby do wydarzeń na Golgocie. To nie tylko przejmujący obraz, to także kolejne wielkie wyzwanie i ideał, z którym zmierzyłem się jako młody kapłan:

Opieka hospicyjna jest nie tylko usługą medyczną czy opiekuńczą posługą. Jest to również rzeczywistość zbawcza, gdyż chory w swoim umieraniu i agonii jest jak Jezus na Golgocie, a rodzina zgromadzona przy łóżku – krzyżu cierpienia swojego bliskiego – jest podobna do Matki Bożej stojącej pod Krzyżem swojego Syna (Dutkiewicz, 1999, s. 45).

Pamiętam jak wzruszałem się, słuchając tej konferencji na rekolekcjach przed święceniami. Przejmujące przykłady i porównanie zespołu hospicyjnego do najwierniejszych uczniów stojących pod krzyżem. Szybko przyszło mi samemu doświadczyć trwania przy krzyżu, jakim było hospicyjne łóżko. Basia była moją rówieśnicą, absolwentką prawa, planującą ślub i wspólną przyszłość po studiach: rodzinę, budowę domu, dzieci. Zaczęło się od bólów kręgosłupa, ale po godzinach ślęczenia nad książkami wydawało się to normalne. Bóle były coraz dokuczliwsze, ale studia ukończone z wyróżnieniem pozwoliły na chwilę o nich zapomnieć. W końcu zdecydowała się na wizytę u lekarza. Badanie, skierowanie do neurologa, potem onkologa. Bolało coraz bardziej. Na spotkanie z onkologiem przyjechała na wózku. Wystarczyło, że zobaczyła jego twarz. Mam raka, prawda doktorze? Tak – odpowiedział – to rzadki, złośliwy rodzaj nowotworu kości. Wykonane badania potwierdziły zaawansowaną chorobę nowotworową z licznymi przerzutami. Zalecono opiekę paliatywną, przekazując numer telefonu do domowego Hospicjum, w którym pełniłem funkcję kapelana (Krakowiak, 2006, s. 12–13).

Czego wymaga się od kapelana hospicyjnego i jakie są jego zadania? Podręcznik dla wolontariuszy hospicyjnych wydany w Poznaniu mówi o tym, zadając kapelanowi pytania.

Rola Księdza kapelana jest bardzo specyficzna. Niektórzy bardzo szukają bliskości kapelana, inni wręcz go odrzucają; jedni pacjenci wierzą w Boga, inni nie – można by sądzić, że Kapelan jest tylko dla niektórych... Jednak wszyscy są na ostatnim etapie swojego życia – czy Ksiądz wobec tego jest dla wszystkich? (Zawisza, 2006, s. 78).

Odpowiadając na to pytanie, ksiądz pracujący z chorymi stwierdził, iż kapelan jest dla wszystkich: dla jednych jest żywym organizmem, którego są członkami, i w łonie którego świadomie dojrzewają do wieczności (tych nazywać możemy wierzącymi); dla innych misja Kościoła pozostaje wciąż propo-

zycją, której nie przyjmują (tzw. niewierzący); jeszcze inni przyjmują Kościół fragmentarycznie (tych nazwijmy poszukującymi czy wątpięcymi). Kapelan jest więc dla wszystkich, ale wobec każdej z tych grup osób występuje w różnej roli (tamże). W jakiej roli miałem wystąpić w spotkaniu z nową pacjentką? Kim była ona w chwili, gdy ją spotkałem? Wierząca, wątpięca, czy niewierząca? Na ile przydały mi się w tym spotkaniu lata studiów i ideały z konferencji ojców duchownych? Cierpieniem idealistów na początku kapłaństwa jest zderzenie z rzeczywistością, która nijak nie przystaje do uporządkowanych kategorii teologicznych, filozoficznych, psychologicznych i medycznych. Cierpieniem dla wszystkich wrażliwych, także dla kapłanów chcących służyć chorym i umierającym, jest rozdźwięk pomiędzy teorią a życiem. Historia przyjaźni z Basią dobrze to ilustruje:

Jadąc do chorej nie wątpiełem, że ją pocieszę i podtrzymam na duchu. Z takim nastawieniem wszedłem do mieszkania i przywitałem się z rodzicami i narzeczonym Basi. Podeszedłem do łóżka chorej. Usiadłem tak, by mieć z nią kontakt wzrokowy. Zacząłem zagadywać i pytać o duchowe potrzeby. Patrzyłem na jej twarz wykrzywioną bólem i gadałem, gadałem, gadałem... Basia patrzyła na mnie z rosnącym niedowierzaniem, gdy mówiłem i zadawałem pytania, nie czekając wcale na jej odpowiedzi. – Co ty sobie do cholery myślisz? – ostro przerwała moje mądre wywody. To wystarczyło, żeby zatrzymać mój słowotok. – Jak jesteś taki mądry, to wytłumacz mi, dlaczego ja umieram?! Za jakie grzechy?! Za to, że byłam dobrą córką dla rodziców? A może za to, że przez całe studia nie ściągałam, tylko solidnie się uczyłam? Czy może za bezinteresowną pomoc w domu dziecka? Czy wstrzemięźliwość przedmażeńską, żeby było po bożemu? No powiedz mi, Księżu mądralo, za który z tych grzechów twój Pan Bóg mnie ukarał? Za co tak cierpię? Jak mi odpowiesz, będziesz mógł ciągnąć te swoje pobożne historie! – kaszląc, wykrzyzczała Basia. Purpura parzyła mi twarz, a ręce drżały. – To koniec – myślałem. Były we mnie złość, bezradność i rozpacz. – Co ja mam jej odpowiedzieć? – pytałem siebie w duchu. – Co na to mówi teologia? Jak odeprzeć te zarzuty? [...] Milczenie przerwały kapiące z moich policzków łzy. Płakały we mnie bezsilność, a może złość na siebie samego? (...) W drodze powrotnej modliłem się i płakałem. – Dlaczego ona cierpi? Dlaczego musi umierać? Czym sobie na to zasłużyła, Boże? Jak jej pomóc? [...] Byłem u Basi prawie codziennie. Ona mówiła, a ja głównie słuchałem. Tego nauczyła mnie jej autentyczna złość na moje pobożne gadanie. Miała rację. Cóż ja wiedziałem o cierpieniu, nadziei, lęku przed śmiercią, żegnaniu się ze światem w wieku 26 lat? Ona wiedziała i chciała mi to opowiedzieć. A ja uczyłem się słuchać. Spotkania przerodziły się w przyjaźń (Krakowiak 2006, s. 13–15).

Przyjaźń z cierpiącą i umierającą dziewczyną. Pomogła mi przeżyć kryzys związany z konfrontacją teorii i rzeczywistością jej krzyża. Jak prawdziwe wydały mi się w tych dniach słowa o tym, że trudno być kapłanem we współczesnym świecie³ (Dziewiecki, 2005), a jeszcze trudniej być nim przy łóżku umierającej osoby. „Kapłan dla nich wszystkich jest pasterzem, który każdego dnia i nocy pomaga dźwigać dramat umierania i śmierci bliskiego człowieka” (Dutkiewicz, 1999, s. 45). Bycie pasterzem wiąże się z chwilami radości, ale również z głębokim cierpieniem.

Basia poprosiła o spowiedź. To było długie zmaganie się ze złością i ciężka droga do akceptacji woli Bożej w jej życiu. Nigdy przedtem tak bardzo nie ucieszył mnie przywilej zastępowania samego Boga w sakramencie pojednania i słowa – „...i ja odpuszczam tobie grzechy”. Basia była osobą niezależną i odważną. Może dlatego umarła w nocy, kiedy czuwający bliscy usnęli koło jej łóżka. [...] Choć od spotkania z Basią minęło wiele lat, a w moim życiu miałem przywilej spotkać setki umierających pacjentów, to ona jest osobą, której wiele zawdzięczam. W pewnym sensie dzięki niej pracuję dziś w hospicjum. Basiu – czuję Twoją pomoc, ile razy zamiast mądrzyć się na temat cierpienia i pocieszać gotowymi regułkami decyduję się milczeć i słuchać. Dziękuję Ci, Basiu... (Krakowiak 2006, s. 15).

Czy każdy z kapelanów może opowiedzieć podobne historie? Z pewnością wielu z nich nosi w swoim sercu i powraca w modlitwie do chorych, którzy stali się nauczycielami służby ludziom cierpiącym. Dla niektórych te wspomnienia są motywem pozostania w służbie zdrowia, pomimo trudów tej pracy. Pozwalają także zrozumieć cierpienia lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników służby zdrowia noszących „swoich chorych” we wspomnieniach przez długie lata. Wielokrotnie źródłem cierpienia są relacje ze współpracownikami i brak zrozumienia ze strony lekarzy, a także duchownych. Dowodem na to jest wypowiedź jednego z księży oceniających pracę kapelanów szpitalnych (Musiał, 2002, s. 98–99)⁴ Autor przytacza opowiadanie jednego z kapelanów, mówiące o trudnej roli i niezrozumieniu sakramentalnej posługi:

³ „Trudno jest być kapłanem we współczesnym świecie. Trudność ta wynika nie tylko z kryzysu współczesnego człowieka, ale i z kryzysu sporej grupy kapłanów, którym brakuje nie tyle wiedzy i kompetencji, ile dojrzałości i nadprzyrodzonej miłości. Coraz częściej ludzie świeccy mówią o swym bólu czy niepokoju, gdyż zostali zignorowani, a nawet zranieni i odrzuceni przez niektórych duszpasterzy”.

⁴ „Bywałem wstrząśnięty, kiedy w sobotę lub niedzielę (w szpitalu panuje wtedy największy gwar, bo przyjeżdżają rodziny pacjentów) na zatłoczonym korytarzu pojawiał się nagle kapłan w komży, aby udzielić chorym Komunii. Kiedy pytałem księży, dlaczego ich posługa wygląda w ten sposób, odpowiadali, że wynika to po prostu z braku czasu. Nie chodzi jednak o częstotliwość, ale o godną jakość posługi. Duchowni nie mają najczęściej żadnego przeszkolenia medycznego, zazwyczaj nie

Jeden z moich współbraci powiedział mi kiedyś swoją szpitalną „przygodę”. Udzielał właśnie komunii świętej pacjentom, gdy do sali weszło kilku lekarzy. Wyprosił ich z sali. Wybuchła awantura, sprawa dotarła wreszcie do dyrektora. On – człowiek niewierzący – przyznał rację księdzu. Bo kapelan szpitalny jest takim samym pracownikiem służby zdrowia jak ordynatorzy oddziałów, siostry przełożone i salowe (tamże, s. 99).

Kończąc wprowadzenie pokazujące wyzwania związane z pomocą chorym w kapelaniu szpitalnej i posłudze hospicyjnej, chciałbym zaproponować schemat dalszych rozważań. Opierając się na oficjalnym nauczaniu Kościoła odnośnie do posługi kapelana, przedstawię realia pracy i misji, którą powinien pełnić duchowny w Hospicjum. Wierzę, że pomoże to zrozumieć złożoność zadań pełnionych przez kapelana, a także wskazać głównie wyzwania i problemy, z którymi spotka się w swojej służbie.

Teologia i realia wypełniania potrójnej misji Chrystusa w posłudze hospicyjnej

Wszyscy ochrzczeni, obdarzeni zostali godnością uczestnictwa w potrójnej godności Jezusa Chrystusa: Króla, Proroka i Kapłana (Jan Paweł II, 1988, 14; PRDSZ, 1987, s. 16–17). Dotyczy to wszystkich członków Kościoła, zgodnie z nauką Soboru Watykańskiego II. Cała opieka hospicyjna może być rozpatrywana w tych trzech wymiarach. Także posługa kapelana hospicyjnego może być związana z podkreśleniem godności każdej osoby ludzkiej (funkcja królewska), z głoszeniem dobrej nowiny ciężko choremu i jego rodzinie (funkcja prorocka), ostatnia wreszcie z łaskami wynikającymi z udzielania sakramentów (funkcja kapłańska) (por. *Katechizm Kościoła Katolickiego*, 1994, 1700–2030). Warto pamiętać, iż trzy aspekty misji w Kościele nie są rozdzielone, lecz przeciwnie, często wzajemnie się przenikają i uzupełniają, tworząc jedną całość (Bartoszek, 2000, s. 241). Także w pracy kapelana trudno wyróżnić poszczególne etapy, gdyż w spotkaniu z chorymi, ich rodzinami i zespołem opiekuńczym bardzo trudno przewidzieć i zaplanować poszczególne działania. Dodatkowo, kapelan jest członkiem zespołu opiekuńczego Hospicjum i powinien współpracować z pozostałymi chrześcijanami, którzy na mocy chrztu świętego są także powołani do realizowania potrójnej misji Chrystusa. Zadania i trudy tego posługiwania zostaną więc ukazane w zespole, w którym ksiądz pełni ważną rolę, ale nie może swoją obecnością zdominować działania

są więc traktowani poważnie przez lekarzy i pielęgniarki. Przemykają chyłkiem po korytarzach, starając się nie rzucić nikomu w oczy”.

innych pracowników i wolontariuszy. Trudem jest także partnerska obecność i współpraca w dziedzinach, w których księża w innych rodzajach pracy cieszą się niezależnością lub dużą autonomią działania. Realizacja szczególnej misji w szczególnych warunkach i w ścisłej współpracy z zespołem – to wyzwanie, które przeanalizujemy w kolejnych jego aspektach.

Królewska misja Chrystusa w Hospicjum. Królować to służyć potrzebującym

Misja Królewska polega na służeniu ludziom, w których bez względu na ich kondycję, można dostrzec królewską godność dziecka Bożego. Przykład tej służby dał Jezus Chrystus (J 13, 13–15)⁵, a każdy z ochrzczonych jest wezwany do kontynuacji Jego dzieła, poprzez zadania właściwe specyficznemu stanowi i powołaniu⁶ (por. PRDSZ, 1987, s. 16–17). Chrystus słowem i czynem ukazał swoim uczniom, jak mają realizować nowe przykazanie miłości. Problematyka miłości w kontekście posługi umierającym wyraża się w wierności słowom Jezusa: „cokolwiek uczyniliście jednemu z tych braci moich najmniejszych, mnieście uczynili” (Mt 25, 39). Gdy osoba posługująca umierającym podejmuje tę posługę z miłości do Boga obecnego w człowieku chorym, to wówczas jej działalność ma wymiar na wskroś religijny: „miłość wobec umierającego [...] jest uprzywilejowanym wyrazem miłości Boga w bliźnim. Taka miłość widzi w człowieku odchodzącym oblicze cierpiącego Chrystusa” (PRDSZ, 1995, s. 132). Należy jednak zauważyć, iż to widzenie Boga w chorym, nie oznacza, że nie dostrzega się w nim jego człowieczeństwa i jego podmiotowości.

Tak rozumiana miłość powinna przenikać wszystkie dziedziny opieki wobec umierających w hospicyjnej posłudze. Jest możliwa do realizowania przez członków rodziny chorego, personel medyczny, wolontariuszy i duchownych, zarówno w zespołach związanych z Kościołem, jak i działających poza nim (DuBoulay, 1986, s. 154–155; Saunders, 1993, s. 107). Wszędzie opieka paliatywna może mieć także wymiar religijny, który nie tylko nie utrudnia, ale wręcz przeciwnie umacnia współpracę z osobami niewierzącymi. Miłość, która

⁵ „W czasie ostatniej wieczerzy Jezus umył nogi apostołom, a następnie powiedział: wy Mnie nazywacie „Nauczycielem” i „Panem” i dobrze mówicie, bo nim jestem. Jeżeli więc ja, Pan i Nauczyciel, umyłem wam nogi, to i wyście powinni sobie nawzajem umywać nogi. Dałem wam bowiem przykład, abyście i wy tak czynili, jak Ja wam uczyniłem”.

⁶ Podczas, gdy tradycyjnie mówi się o powołaniu kapłańskim i zakonnym i sposobach ich realizacji, nieczęsto pamięta się o zakorzenionej w Chrzcie św. nauce Jezusa i dokumentach Kościoła wizji szczególnego powołania świeckich chrześcijan. Dokument Papieskiej Rady Ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia omawia specyficzne powołanie świeckich chrześcijan w świecie Służby Zdrowia.

widzi w drugim człowieku Chrystusa bez względu na jego wiarę i przekonania prowadzi do sumiennej i bezinteresownej służby (Bartoszek, 2000, s. 242). Z drugiej strony miłość względem umierającego pozwala niejednokrotnie jemu samemu odkryć obecność i miłość samego Boga. Miłować umierającego po chrześcijańsku oznacza pomagać mu w uznaniu misteryjnej obecności Boga u jego boku oraz pozwolić mu ją odczuć; w miłości brata ukazuje się miłość Ojca (PRDSZ, 1995, s. 109). Obecność Boga może wyrażać się obecnością Kościoła przy człowieku umierającym (Mikołajczak, 1990, s. 129), będąc jednocześnie ewangelizacją – objawiającą i uobecniającą samego Boga, wyrażając się w towarzyszeniu i leczeniu paliatywnym. Z racji tego, że miłość ta jest realizacją Ewangelii, należy dodać, iż już samo praktykowanie miłości staje się przepowiadaniem Dobrej Nowiny (Bartoszek, 2000, s. 243).

Kapelan stara się wspierać cały zespół hospicyjny w realizacji tej misji poprzez osobistego ducha służby i gotowość do pomocy chorym i ich rodzinom. Powinien także dostrzegać problemy obciążające zespół, szczególnie w sytuacjach konfliktowych z pacjentem i jego otoczeniem. Zarówno poprzez liturgie sprawowane w hospicjum czy w domu ciężko chorych powinien integrować, łagodzić spory i swoją cierpliwością wspierać pacjenta i całe otoczenie. Okazywanie bezwarunkowej i ewangelicznej miłości jest trudem opieki paliatywnej i wyzwaniem przy każdej osobie dotkniętej nieuleczalną chorobą.

Misja prorocka Chrystusa w Hospicjum – jak głosić dobrą nowinę umierającym i ich opiekunom?

„We wspólnocie chrześcijańskiej wiele osób konsekrowanych poświęciło swe życie, służąc ofiarom chorób zakaźnych i ukazując przez to, że poświęcenie graniczące z heroizmem należy do prorockiej natury życia konsekrowanego” (Jan Paweł II, 1996, s. 83). W hospicjach misja ta realizowana jest poprzez codzienne przepowiadanie czynem i słowem, czyli głoszenie Ewangelii w obliczu śmierci⁷ (por. KKK, 1994, s. 1888). Należy przy tym zauważyć i zaznaczyć, iż proces przyjmowania Ewangelii, czyli bycia ewangelizowanym, nie ustaje w jakimś momencie życia, lecz trwa do samej śmierci, czyli również w okresie terminalnej choroby, umierania i procesu żałoby, gdyż „głoszenie Ewangelii towarzyszy chrześcijaninowi od początku do końca życia” (PRDSZ, 1995, s. 108). „Ewangelizacja, to znaczy głoszenie Chrystusa

⁷ Głoszenie Ewangelii, czyli Dobrej Nowiny o Chrystusie, jest istotnym elementem życia chrześcijańskiego. Człowiek jest najpierw tym, który przyjmuje Dobra Nowinę, czyli jest ewangelizowany, a następnie sam zostaje powołany na mocy sakramentu chrztu i bierzmowania do udziału w prorockim posłannictwie Jezusa Chrystusa, czyli do ewangelizowania. Pierwszeństwo przyznane nawróceniu serca w żaden sposób nie eliminuje, lecz nakłada obowiązek uzdrawiania społeczeństwa w taki sposób, by funkcjonowało ono w zgodzie z normami sprawiedliwości i sprzyjały dobru.

dokonywane zarówno świadectwem życia, jak i słowem, nabiera swoistego charakteru i szczególnej skuteczności przez to, że dokonuje się w zwykłych warunkach właściwych światu” (KKK, 1994, 35). To stwierdzenie oznacza, iż głoszenie Ewangelii realizuje się nie tylko na katechezie, w kościele, czy na misjach, ale także przy łóżku chorego lub umierającego, czy to w domu, czy to w szpitalu, czy też w hospicjum, podobnie jak w każdej rzeczywistości życia ludzkiego⁸ (PRDSZ, 1987, s. 17).

Wyjaśniając, iż „ewangelizować śmierć znaczy głosić Ewangelię umierającemu” i wskazując na powinnościowy charakter tego zadania jako „obowiązku duszpasterskiego całej wspólnoty Kościoła”, Karta Pracowników Służby Zdrowia (1995, 108) mówi wyraźnie o potrzebie „ewangelizacji śmierci”. Ponieważ każdy chrześcijanin na mocy chrztu świętego został wezwany do głoszenia dobrej nowiny o Jezusie, analogicznie też wszyscy ochrzczeni są wezwani do ewangelizowania śmierci (Bartoszek, 2000, s. 243). Istotną treścią ewangelizacji jest zawsze osoba i życie Jezusa Chrystusa. Jezus Chrystus Zmartwychwstały powinien być głoszony człowiekowi w obliczu śmierci, gdyż Ewangelia jest radosną nowiną o zmartwychwstaniu i życiu⁹ (Jan Paweł II, 1995). Potwierdzają to słowa Karty Pracownika Służby Zdrowia: „W chwili śmierci człowieka ostatnim słowem Ewangelii jest słowo życia, które zwycięża śmierć i otwiera ludzkie umieranie na największą nadzieję” (PRDSZ, 1995, s. 108–109).

W jaki sposób głosić Ewangelię osobom niewierzącym lub obojętnym religijnie, aby nie było to „tanie nawracanie” człowieka cierpiącego i jego rodziny? (DuBoulay, 1986, s. 154–156; Ostrowska, 1997, s. 170–171; Saunders, 1993, s. 107). Osobowa godność człowieka stanowi w pewnym sensie objawienie Jezusa Chrystusa, gdyż On sam przez dzieło odkupienia „zjednoczył się jakoś z każdym człowiekiem”. Dlatego też można powiedzieć, iż szacunek wobec tejże godności jest już głoszeniem Ewangelii. Jan Paweł II naucza, że „sama osobowa godność człowieka staje się treścią [...] przepowiadania, nawet bez słów, przez sposób odnoszenia się do niej (Jan Paweł II, 1979, 12), w innym zaś miejscu zaznacza, iż „Ewangelia miłości Boga do człowieka, Ewangelia godności osoby i Ewangelia życia stanowią jedną i niepodzielną Ewangelię (Jan Paweł II, 1995, 2). W praktyce opieki paliatywnej oznacza to,

⁸ Specyficzne zadania ewangelizacyjne w środowisku Służby Zdrowia zostały tak określone: „Działalność pracownika Służby Zdrowia, jest zbliżona do posługi samego Chrystusa, który dzieło „nawrócenia serca człowieka” rozpoczął od cudownego uzdrawiania go z dolegliwości cielesnych. [...] Pracownik Służby Zdrowia wezwany jest do tego, by także na płaszczyźnie zawodowej stosować tę pedagogię Chrystusa, [...] a jego apostołstwo jest posługą o szczególnej wartości i wymowie”.

⁹ „Głoszenie Jezusa jest głoszeniem życia. On bowiem jest słowem życia (por. 1 J 1, 1). W nim życie objawiło się, więcej – On sam jest życiem wiecznym, które było w Ojcu, a nam zostało objawione. To samo życie dzięki darowi Ducha zostało udzielone człowiekowi”.

że jakakolwiek posługa względem umierającego, mająca na względzie jego osobową godność, zakorzeniona ostatecznie w Bogu, jest już głoszeniem Ewangelii, głoszeniem bardziej czynem niż słowem. Ten sposób przepowiadania Ewangelii może, a właściwie powinien być skierowany do każdego człowieka, także niewierzącego. Szacunek wobec godności osoby ludzkiej nie jest bowiem narzucaniem komuś obcych mu przekonań, lecz wręcz przeciwnie jest tym, co łączy ze sobą ludzi. W ten sposób realizowany jest w konkretnej sytuacji opieki hospicyjnej i paliatywnej postulat filozofii hospicjum, domagający się pełnej szacunku ekumenicznej postawy wobec każdego pacjenta (Du-Boulay, 1986, s. 155–157).

W konkretnych przypadkach przepowiadanie Ewangelii językiem osobistej godności może prowadzić do odkrycia osoby Jezusa Chrystusa (Bartoszek, 2000, s. 243–244), będąc niejako nagrodą dla chrześcijan zaangażowanych w opiekę nad człowiekiem w dramacie umierania (Brusco, 1994, s. 66–67; Sawicka, 1994, s. 5). To właśnie na fundamencie godności człowieka należy głosić najistotniejszą treść Ewangelii, gdyż „jest ona zwiastowaniem Boga żywego i bliskiego, który wzywa nas do głębokiego zjednoczenia z sobą i otwiera nas na nadzieję życia wiecznego: jest potwierdzeniem nierozzerwalnej więzi, jaka łączy osobę, jej życie, i jej cielesności. Jest ukazywaniem życia ludzkiego „w relacji”, jako daru Boga, owocu i znaku jego miłości, jest proklamacją niezwyklej więzi Jezusa z każdym człowiekiem, pozwalającej rozpoznać w każdej ludzkiej twarzy oblicze Chrystusa” (Jan Paweł II, 1995, 81).

Kiedy w obliczu nadchodzącej śmierci we wnętrzu człowieka umierającego niejednokrotnie rodzi się lęk przed nicością, pustką, kiedy powstaje poczucie osamotnienia i opuszczenia przez Boga, wówczas przepowiadanie prawdy o życiu wiecznym oraz proklamacja bliskości osobowego Boga i Jego więzi z człowiekiem nabiera szczególnego znaczenia i staje się jednym z najistotniejszych elementów towarzyszenia. Głoszenie Chrystusa cierpiącego i umierającego pozwala choremu odkryć i zaakceptować sens ludzkiego cierpienia i śmierci. Treść Ewangelii staje się w ten sposób źródłem duchowej siły i broni przed zwątpieniem i rozpaczą (Bartoszek, 2000, s. 244). Doświadczenie religijne człowieka umierającego wymaga niezwyklej delikatności, taktu i zrozumienia. W imię prawa do wolności religijnej trzeba zwrócić uwagę na pewne niebezpieczeństwa i trudności związane z głoszeniem prawdy religijnej człowiekowi w obliczu śmierci¹⁰ (por. Post i in., 2000, s. 581). Równie ważne jest zagadnienie głoszenia prawd chrześcijańskich wyznawcom innych

¹⁰ Zagadnienie to poruszone zostało w kontekście łączenia duchowej opieki z opieką medyczną. Lekarze i pielęgniarki, będący osobami wierzącymi, stają przed dylematem angażowania się w niemedyczne aspekty opieki, z obawy przed pomieszczeniem dwóch porządków, lękając się także posądzenia o „nawracanie”. Wyniki badań wskazują jednak, iż 64% badanych pacjentów życzyło sobie, by ich lekarze nawiązywali do wartości duchowych, a 48% pacjentów pragnie, by lekarz wspólnie modlił się z nimi.

religii lub osobom niewierzącym¹¹ (por. Olive, 1995, s. 1249–1255). Prawo do wolności religijnej, wpisane w każdą osobę ludzką, stanowi wezwanie do uszanowania ich przekonań przez wszystkich wyznawców Chrystusa. Członkowie poszczególnych wspólnot religijnych powinni mieć możliwość kontaktu z osobami duchownymi i współwyznawcami swoich kościołów i wspólnot wyznaniowych (por. Goodliff, 1999, s. 20–24)¹².

Kontakty duszpasterskie, modlitwy i rozmowy pastoralne są wprowadzeniem w następny etap, będący już ścisłym etapem ewangelizacji. Dla katolików etap ten może oprócz wspólnej modlitwy i słuchania Słowa Bożego oznaczać również przygotowanie do przyjęcia sakramentu pojednania i sakramentu chorych, a także związanych z nimi Eucharystii, lub wiatyku dla umierających (Autton, 1966, s. 47–51). „Osoba rozmawiająca z chorym nie może mieć gotowych odpowiedzi na temat sensu cierpienia i śmierci, ale winna pielgrzymować do Boga u boku osoby cierpiącej” (Dutkiewicz, 1995, s. 538).

Pouczanie człowieka umierającego o znaczeniu choroby i śmierci, dokonywane przez człowieka zdrowego jest czymś wysoce niewłaściwym, gdyż o sensie swojego cierpienia najwięcej może powiedzieć sam chory. Okazuje się, że on sam staje się osobą, która ewangelizuje swoje otoczenie. To właśnie członkowie rodziny, personel medyczny, duchowni w kontakcie z osobą chorą bardzo często odkrywają prawdziwy sens cierpienia i śmierci. Do rozmowy na tematy religijne powołany jest każdy człowiek z otoczenia chorego: często jest to zaufany członek rodziny, czasem osoba wskazana przez samego chorego (Kübler-Ross, 1974, s. 123–124). Szczególną rolę ma tutaj do spełnienia kapłan (Mikołajczak, 1990, s. 228). Wielu chorych obdarza kapelana specyficznym zaufaniem, które wyzwala chęć szczerzej rozmowy (Osińska, 1981, s. 133). Już sam widok kapłana, jego obecność i modlitwa skłaniają do refleksji na temat sensu życia, dokonania jego bilansu i stanięcia wobec pytań egzystencjalnych (De Walden Gałuszko, 2000, s. 73).

Kapelan jest prorokiem już przez swoją obecność w zespole hospicyjnym i przez posługę chorym, ich bliskim, a także przez wsparcie i współpracę z pozostałymi opiekunami. Głoszenie Dobrej Nowiny to nie tyle słowa, ile postawa świadcząca o tym, że hospicjum nie jest miejscem beznadziejnym

¹¹ Badanie wykonane wśród chrześcijan – pracowników Służby Zdrowia wykazuje, że tylko 13% badanych zdarzyło się modlić wspólnie z pacjentem jako ich lekarz lub pielęgniarka. Większość z tych respondentów modliła się za swoich pacjentów prywatnie.

¹² Ekumenizm i współpraca różnych wyznań w duchowej i religijnej opiece nad ludźmi w kryzysie jest jednym z fundamentów Formacji CPE. Jej twórcy wywodzili się bowiem z różnych kościołów protestanckich, a obecnie największą grupę kapelanów przeszkolonych tą metodą stanowią katolicy. W *Pastoral Care Department's* dużych szpitali pracują wspólnie, dzieląc tę samą kaplicę chrześcijanie, żydzi, muzułmanie i wyznawcy innych religii. Przy tym ekumenicznym podejściu należy jednak uważać, by nie wpaść w pułapkę łatwego ekumenizmu lub posądzenia o uprawianie „rozmytej duchowości New Age”.

i strasznym, ale potwierdzanie całym sobą, że „Hospicjum to też Życie” (por. Świtała, 2005).

Kapłańska misja Chrystusa w Hospicjum. Wiara w moc sakramentów u schyłku życia

Uczestnictwo w kapłańskim urzędzie Chrystusa, do którego powołani są wszyscy członkowie Kościoła, polega na urzeczywistnianiu kultu Bożego. Boży kult jest z jednej strony oddawaniem chwały Bogu, a z drugiej – przyczynia się do zbawienia ludzi (KKK, 34). Szczególnym wyrazem uczestnictwa w kapłańskiej misji Chrystusa jest modlitwa oraz spotkanie z Nim w znakach sakramentalnych. W przywołaną powyżej zasadę stopniowości wpisuje się zalecenie w obrzędach sakramentu chorych, zgodnie z którym należy „troszczyć się o to, by stopniowo doprowadzić chorych do pobożnego i częstego uczestniczenia w sakramentach pokuty i Eucharystii, zależnie od osobistej sytuacji, a zwłaszcza do przyjęcia w stosownym czasie namaszczenia chorych i wiatyku” (Kongregacja ds. Dyscypliny Sakramentów, 1998, 43). W obliczu majestatu cierpienia i śmierci przepowiadanie Jezusa Chrystusa, a wraz z nim sensu cierpienia i umierania nie może być prowadzone w formie pouczenia chorego, jak powinien przeżywać cierpienie. Podobnie powinno wyglądać wprowadzanie w modlitwę, przy czym to osoba chora lub najbliżsi powinni decydować o rodzaju, długości i obecności modlitwy przy łóżku chorego¹³ (por. KKK, 1994, 1526; de Walden Gałuszko, 2000, s. 72–72; Schneiders 1986, s. 268; Wolski 1985, s. 41; Principe, 1983, s. 138–139).

Modlitwa jako element udziału w kapłańskiej posłudze Chrystusa wpisuje się głęboko w całokształt opieki religijnej nad umierającym. Modlitwa oraz sprawowanie przy łóżku chorego sakramentów świętych jest uwielbieniem Boga. Wprowadza zbawcze skutki w życie samego chorego i wszystkich wraz z nim uczestniczących w tych sakramentach. Modlitwa stanowi przygotowanie do sakramentów i jako taka zostanie omówiona na wstępie tego rozważania. Dzięki modlitwie bowiem wytwarza się pewien duchowy klimat, umożliwiający głęboki udział w sakramentach. Katechizm naucza, iż Kościół przez modlitwę wstawienniczą łączy się z chorymi¹⁴ (KKK, 1994, 1509).

¹³ O modlitwie jako formie towarzyszenia umierającym mówi Katechizm. Świeccy autorzy, w ramach opieki holistycznej zalecają modlitwę jako ważny element troski o całego człowieka. Modlitwę można proponować po konsultacji z chorym, uwzględniając jego potrzeby i wrażliwość, odpowiednio regulując czas, by nie dłużyć i nie męczyć zbytnio chorego. Obok klasycznych form modlitwy zalecane są: medytacja, muzyka, psalmy, a także inne formy duchowego towarzyszenia.

¹⁴ Ekumenizm. Chodzi tutaj o modlitwę „za chorych”, czyli o wstawianie się za nimi u Boga oraz o modlitwę „z chorymi”, czyli o budowanie z nimi wspólnoty osób modlących się. Obydwa aspekty modlitwy odnoszą się do tych, którzy sprawują opiekę nad chorymi. Należy jednak pamiętać, że w

Szczególnym czasem, w którym powinna mieć miejsce modlitwa, jest okres bezpośrednio poprzedzający śmierć, kiedy to „należy okazywać szacunek i troskę umierającym, by pomoc im przeżyć ostatnie chwile w godności i pokoju. Powinna wspomagać ich modlitwa bliskich” (tamże, 2299). Karta pracowników Służby Zdrowia w następujący sposób wyjaśnia znaczenie modlitwy przy człowieku odchodzącym: „Pomagać umierającemu w modlitwie i modlić się razem z nim oznacza otworzyć umierającemu horyzont życia wiecznego. Oznacza równocześnie wejść w te „komunie świętych”, w której nawiązują się w nowy sposób relacje, jakie śmierć wydaje się nieodwracalnie zrywać” (PRDSZ, 1995, 109).

Dostrzegając wagę modlitwy w kontekście choroby i nadchodzącej śmierci należy pamiętać, że jest ona kontemplacją prawdy o życiu i losie człowieka, będąc jednocześnie rozmyślaniami nad prawdami wiary¹⁵ (por. Jan Paweł II, 1995, 83). Już nasza obecność przy umierającym wzywa do przyjęcia postawy kontemplacji wobec życia, cierpienia i umierania. Im mocniej człowiek wypracowuje w sobie z pomocą Bożej łaski postawę kontemplacji, tym bardziej dostrzega wartość modlitwy przy łóżku chorego i umierającego, tym łatwiej znajduje odpowiednie dla chorego sposoby i formy modlitwy, a przez to tworzy z nim silne więzy modlitewne (Bartoszek 2000, s. 249). Wokół łóżka chorego może urzeczywistniać się codzienna modlitwa wszystkich związanych z chorym, a zatem członków rodziny, lekarzy, pielęgniarek, duchownych, wolontariuszy¹⁶ (por. Jan Paweł II, 1995, 84). Modlitwa psalmami przy łóżku ciężko chorego wydaje się mieć szczególne znaczenie, jest bowiem modlitwa zaczerpnięta wprost z Pisma Świętego (Kongregacja ds. Dyscypliny Sakramentów, 1998, 44, 50, 204). W ich treści człowiek chory może odnaleźć samego siebie, podobnie jak odnajdowali w nim odpowiedzi na pytanie o sens cierpienia żydzi i chrześcijanie przez całe wieki (por. Mickiewicz, 1998, s. 39–43; Trembay, 1991, s. 57–69). Psalterz, który jest podstawą modlitwy brewiarzowej, może być odmawiany przez osoby duchowne wraz z chorymi, a także przez samą rodzinę, stanowiąc przy tym wyjątkowe źródło modlitewne,

kontekście choroby w całokształt życia modlitewnego wpisują się także, a właściwie należałoby powiedzieć przede wszystkim, modlitwy samych chorych „za” tych, którzy sprawują nad nimi opiekę i „z” nimi.

¹⁵ Jan Paweł II mówi, iż modlitwa przy łóżku chorego i umierającego może być również kontemplacją, która: „Rodzi się ona z wiary w Boga życia, który stworzył każdego człowieka i cudownie go ukształtował [...]. Kto zachowuje taką postawę, nie poddaje się zniechęceniu, gdy widzi człowieka chorego, cierpiącego, odepchniętego lub na progu śmierci; wszystkie te sytuacje przyjmuje jako wezwanie do poszukiwania sensu i właśnie w takich okolicznościach otwiera się, aby w twarzy każdej osoby dostrzec zaproszenie do spotkania, do dialogu, do solidarności”.

¹⁶ Jan Paweł II wskazując na zadanie wysławiania życia należące do kapłańskiej misji Kościoła, ukazuje, że należy czynić to poprzez „codzienną modlitwę osobistą i wspólnotową”. Ponieważ sytuacja choroby i umierania jest jednym z tych momentów, w których powinno się wysławiać Ewangelię życia, można wskazania papieża o codziennej modlitwie odnieść do opieki nad umierającym.

wspólne wszystkim rodzinom chrześcijańskim, niezależnie od wyznania, oraz „starszym braciom w wierze” – Żydom. Przy łóżku chorego można także odmawiać najprostsze i najbardziej podstawowe modlitwy, jak: *Ojcze nasz*, *Zdrowaś Maryjo*, *Chwała Ojcu*. Ich szczególna wartość polega na tym, że w obliczu wielkiego cierpienia, właśnie te proste i towarzyszące przez całe życie modlitwy chory jest w stanie odmawiać wspólnie z opiekunami (Mikołajczak, 1990, s. 226–227; Kübler-Ross, 1974, s. 162–163). W sposób szczególny modlitwa *Zdrowaś Maryjo* stanowi dla umierającego duchowe przygotowanie na śmierć, a równocześnie otwiera na perspektywę śmierci wszystkich, którzy tę modlitwę odmawiają¹⁷ (KKK, 1994, 1014, 2677). Wśród wielu modlitw niezastąpioną wartość ma różaniec święty. Jego szczególne znaczenie kryje się z jednej strony w jego prostocie, a z drugiej strony – w jego głębi, jest bowiem rozważaniem tajemnic z życia Jezusa i Jego Matki (Bartoszek, 2000, s. 246). Na sama godzinę agonii i konania Kościół przeznaczają specjalne modlitwy za konających, składające się z głęboko zakorzenionych w tradycji chrześcijańskiej „obrzędów polecenia Bogu umierającym” (Kongregacja ds. Dyscypliny Sakramentów, 1998, 199–209).

Modlitwy te mają uroczysty, liturgiczny charakter, oznaczając, że konający odchodzi z tego świata w łączności ze wspólnotą Kościoła. Śmierć chrześcijanina podczas modlitw za konających nabiera charakteru liturgii, staje się publicznym aktem w obecności Kościoła, poprzez który chory uwielbia Boga, a Kościół pielgrzymujący przekazuje swojego członka Kościołowi niebieskiemu (Krakowiak Cz, 1980, s. 179–180). Choć jest zalecane, by modlitwy przy konającym prowadził prezbiter lub diakon, liturgie w godzinę śmierci mogą także prowadzić osoby świeckie¹⁸ (por. Kongregacja ds. Dyscypliny Sakramentów, 1998, 203). W związku z różnymi modlitwami przy łóżku umierającego należy zwrócić uwagę na sposób wymawiania poszczególnych modlitw, starając się modlić ostrożnie, powoli i z wielką wrażliwością (Episcopato Canadese, 1996, s. 999). Chodzi także o to, by umiejętnie rozeznąć,

¹⁷ W perspektywie śmierci nowej mocy nabiera wezwanie zawarte w modlitwie „Zdrowaś Maryjo”, w którym modlimy się: „Módl się za nami grzesznymi, teraz i w godzinę śmierci naszej. Amen”. Katechizm wyjaśnia to wezwanie w następujący sposób: „Prosząc Maryję, by modliła się za nami, uznajemy siebie za biednych grzeszników i zwracamy się do „Matki Miłosierdzia”, do Całej Świętej. Powierzamy się Jej „teraz”, w „dzisiaj” naszego życia. Nasza ufność rozciąga się jednak aż do powierzenia jej już „teraz” ostatniej chwili naszego życia, godziny „naszej śmierci”. Modlimy się o to, by była ona obecna przy niej jak przy śmierci swojego Syna na krzyżu i w godzinę naszego przejścia przyjęła nas jako Matka (por. J 19, 27), by poprowadzić nas do swego Syna Jezusa, do raju”.

¹⁸ W ramach przepisanej na te okoliczność liturgii, odmawia się najpierw krótkie wezwania zaczerpnięte z Pisma Świętego, następnie czyta się teksty biblijne, po czym odmawia się litanie do Wszystkich Świętych oraz cztery specjalne modlitwy, które można zakończyć antyfoną maryjną „Witaj Królowo”. Na sam moment zgonu, przewidziana jest również odpowiednia modlitwa. Można do tego schematu dodać również inne modlitwy czy litanie, jak na przykład Litanie do Św. Józefa – patrona dobrej śmierci.

czy w danej chwili należy modlić się głośno, półgłosem, czy też przejść do cichej modlitwy, kierując się wyborem zależnie od stanu chorego. Konieczne jest więc rozeznanie stanów i faz, w jakich znajduje się umierający, stanu snu od stanu czuwania, a także śledzenie niewerbalnych znaków oznaczających akceptację lub zmęczenie modlitwą, lub potrzebę cichej medytacji. Dlatego potrzebne są w tych momentach: delikatność, uwzględnienie całego przebiegu procesu umierania i symptomów, które towarzyszą ostatniej fazie życia, a także całej sfery wolności religijnej i tolerancji wobec woli chorego, o której była mowa wcześniej (Kübler-Ross, 1974, s. 160–163).

Symbole, gesty i postawy liturgiczne, a także tradycyjne rytury, są drugą grupą „narzędzi” użytecznych w posłudze chorym i umierającym. „Należy umieć docenić i wykorzystać także gesty i symbole, których tak wiele jest w różnych tradycjach kulturowych i obyczajach ludowych” (Jan Paweł II, 1995, 85). Za pośrednictwem tych gestów i symboli wyraża się między innymi bliskość z człowiekiem umierającym, a także nadzieja i pragnienie nieśmiertelności. Proste gesty i symbole, osadzone w dziedzictwie kulturowym i ludowych tradycjach znanych umierającemu mogą być elementami wnoszącymi pokój i pobudzającymi do ufnej modlitwy, zgodnej z tradycją „ojców” (por. Bartoszek, 2000, s. 249–252; Kübler-Ross 1969, s. 5–6). Obrzędy sakramentu chorych zwracają uwagę na ważność dwóch prostych gestów wobec umierającego: znaku pokoju, który mogą przekazać umierającemu wszyscy zebrani wokół jego łóżka, po przyjęciu przez niego wiatyku (Kongregacja ds. Dyscypliny Sakramentów, 1998, 141), a drugi to mały znak krzyża, który może uczynić na czole chorego najbliższa rodzina chorego, a którym to znakiem został on naznaczony po raz pierwszy na chrzcie świętym (tamże, s. 200). W nawiązaniu do wcześniejszej tradycji liturgicznej można umożliwić umierającemu trzymanie lub ucałowanie krzyża, gdyż: „ten uchwytny znak i gest ma głębsze odniesienie niż tania pobożność ludowa, jak sadzą niektórzy. Idzie tu przecież o <<pośredniczący obraz>>. Gest uczczenia krzyża wyraża przyłączenie się do Chrystusa [...], mówi dobitnie o powierzeniu swego losu Ukrzyżowanemu Panu” (Mokrzycki, 1986, s. 293). Należy również, jeśli umierający sobie tego życzy, umożliwić mu adorowanie krzyża poprzez umieszczenie go w takim miejscu, aby znajdował się w zasięgu jego wzroku bez zbędnego wysiłku, co jest szczególnie ważne, gdy umierający ma ograniczone możliwości poruszania się. Wielu chorych pragnie w godzinę śmierci trzymać w ręku różaniec, którego modlitwę stara się włączyć w modlitwę otaczających go bliższych i członków wspólnoty.

Szczególnie w tradycję chrześcijańską wpisany jest zwyczaj zapalania przy umierającym świecy, która jest symbolem żyjącego Chrystusa. Ten bogaty w treść i ludowe interpretacje zwyczaj religijny, przez pewien czas zaniedbywany w środowiskach szpitalnych, zaczyna coraz częściej powracać, będąc

praktykowany w wielu wspólnotach hospicyjnych, a nawet szpitalach (Klinger 1999, s.57), oznaczając przy tym nadejście szczególnego dla całego otoczenia momentu śmierci, a często jaśniejąc także po śmierci u wejścia do pokoju, w którym umarł pacjent (tamże, s. 7).

Szczególna rola kapelana hospicyjnego – sakramentalna obecność Chrystusa przy umierającym

Spotkanie chorego z Chrystusem, które dokonuje się w modlitwie oraz za pośrednictwem gestów i symboli religijnych, urzeczywistnia się w pełni w sakramentach świętych, będących skutecznymi znakami obecności i zbawczego działania Chrystusa Pana¹⁹ (por. Kongregacja ds. Dyscypliny Sakramentów, 1998, 4; Bartoszek, 2000, s. 253–255; Stefański, 1995, s.491–494; Krakowiak Cz. 1989, s. 175). Szafarzami sakramentów są prezbiterzy²⁰ (por. KKK 1994, 903; Kongregacja ds. Dyscypliny Sakramentów, 1998, 72–85, 142–156), którzy jako odpowiedzialni za sprawowanie sakramentów powinni zadbać o to, by chorzy w odpowiednim czasie mieli możliwość sakramentalnego spotkania się z Chrystusem (tamże, 43). Z udzielaniem sakramentów wiąże się spoczywające na kapłanach zadanie stopniowego wprowadzania chorych (poprzez braterską rozmowę), a także ich rodzin oraz pracowników Służby Zdrowia (przez katechezę indywidualną i wspólnotową) w sens i znaczenie poszczególnych znaków sakramentalnych, przede wszystkim namaszczenia chorych i Wiatyku (Stefański, 1995, s. 491–494). Wprowadzenie członków rodziny i pracowników Służby Zdrowia w sens sakramentów prowadzi do zrozumienia przez nich faktu, iż sakramenty stanowią istotny element integralnej opieki nad umierającym. Dzięki temu osoby świeckie wraz z prezbiterem mogą odpowiednio przygotować chorego do przyjęcia poszczególnych sakramentów i w ten sposób uczestniczyć w kapłańskiej funkcji, przypisanej im w sakramencie chrztu świętego (Bartoszek, 2000, s. 248–249). Stopniowe przygotowanie chorego czyni go świadomym i odpowiedzialnym podmiotem sakramentu łaski, a nie nieświadomym przedmiotem jakiegoś niezrozumiałego obrzędu (PRDSZ, 1995, 89).

¹⁹ Chory może spotkać się z Chrystusem w sakramencie pokuty i pojednania, w sakramencie namaszczenia chorych oraz w Komunii świętej, która przez umierającego powinna być przyjęta w formie Wiatyku.

²⁰ W przypadku Komunii św. (także w formie Wiatyku) mogą być nimi również diakoni, akolici oraz osoby świeckie ustanowione Nadzwyczajnymi Szafarzami Eucharystii przez biskupa diecezji.

Wśród sakramentów uzdrowienia pierwszym jest sakrament pokuty i pojednania. Dokonujące się w tym sakramencie pojednanie z Bogiem, z samym sobą oraz z braćmi nabiera szczególnego znaczenia dla człowieka umierającego²¹ (KKK, 1994, 1468; PRDSZ, 1995, 110). W obliczu śmierci człowiek staje się świadomy swojej grzeszności jak syn marnotrawny, który powraca do Ojca i powierza całe swoje życie Jego Miłosierdziu. Bywa, że jest to powrót do „Domu Ojca” po wielu latach i w takich przypadkach powinien być on troskliwie przygotowany, najlepiej przez osoby z najbliższego otoczenia lub przez opiekunów, modlących się o dobrą spowiedź, a także katechizujących chorego poprzez rozmowę i wyjaśnienie znaczenia sakramentu pojednania (Bartoszek, 2000, s. 259). Może temu towarzyszyć dokonanie spowiedzi generalnej z całego życia, a także potrzeba zadośćuczynienia wyrządzonym krzywdom, poprzez pojednanie się z tymi, którzy są w jego otoczeniu lub prośbę o przebaczenie win. Czyniąc taki akt pojednania z Bogiem i z bliźnimi, człowiek dokonuje również pojednania z samym sobą, odzyskując wewnętrzny pokój.

W kontekście zbliżającej się śmierci należy pamiętać o sądowniczym i terapeutycznym aspekcie sakramentu pojednania²² (KKK, 1994, 1470). Równocześnie człowiek spotyka się z Chrystusem jako Lekarzem, który leczy duchową słabość i niemoc ludzką. Dzięki lekarstwu spowiedzi doświadczenie grzechu nie przeradza się w rozpacz w obliczu śmierci, gdyż w sakramencie pokuty Chrystus jawi się jako Ten, który przebacza i uzdrowia z duchowej choroby grzechu. Prawdziwość pokuty zależy od „skruchy serca”, a żal za grzechy odnosi się zawsze do konkretnego sposobu życia, poprzez które człowiek odszedł od Boga. W ten sposób żal za grzechy wiąże się ściśle z rachunkiem sumienia, a więc z poznaniem i uznaniem własnej grzeszności (Góralczyk, 1995, s. 253–265; Nagórny, 1998, s. 232). W obliczu ciężkiej choroby lub zbliżającej się śmierci człowiek niejednokrotnie spogląda na całe swoje życie, czyniąc z niego bilans, który może przybrać formę rachunku sumienia. Zadaniem chrześcijan otaczających umierającego jest uświadomić mu wagę i potrzebę takiego bilansu życiowego, przygotowując do niego poprzez rozmowę lub katechezę albo osobiste świadectwo. Gdy ten proces zostanie zakończony, wizyta kapłana może być sakramentalnym zwieńczeniem „życiowego bilansu”, przy czym rola prezbitera polega na odkryciu Bożego miłosierdzia, które przezwycięża fatalizm grzechu (tamże, s. 238). Żal za grzechy prowadzi do ich wyznania, stanowiąc istotną część sakramentu pokuty, przy

²¹ „Poprzez spowiedź dokonuje się bowiem prawdziwe zmartwychwstanie duchowe, będące przywróceniem godności Dziecka Bożego osobie chorej.”

²² „W sakramencie pokuty grzesznik, poddając się miłosierdziu Bożemu, uprzedza w pewien sposób sąd, któremu zostaje poddany na końcu ziemskiego życia. [...] Nawracając się do Chrystusa przez pokutę i wiarę, grzesznik przechodzi ze śmierci do życia i „nie idzie na sąd” (J 5, 24)”.

czym w wypadku trudności szczegółowego ich wyliczenia ze względu na stan zdrowia, wystarczy wyznanie ogólne (Kongregacja ds. Dyscypliny Sakramentów, 1998, 30; Krakowiak, 1980, s. 175). Należy w tym miejscu zaznaczyć, iż czasem chory nie potrafi się spowiadać, dlatego ważne są zarówno katecheza, jak również pełne wrażliwości świadectwo i pomoc otaczających go opiekunów oraz pełne cierpliwość posługiwanie kapłana w otwarciu się na Boga i dotarcia do tego, co rani duszę penitenta i nie pozwala na duchowy pokój. Końcowym aktem sakramentu pojednania jest zadośćuczynienie, nazywane tradycyjnie „pokutą”. Może być nim ofiarowanie cierpienia, które towarzyszy choremu lub umierającemu, zwłaszcza cierpliwa akceptacja krzyża, który chory musi dźwigać. Tego rodzaju pokuta sprawia, że chory upodabnia się do Chrystusa, który raz na zawsze odpokutował za nasze grzechy (KKK, 1994, 1460).

Oprócz spowiedzi sakramentem uzdrowienia jest również namaszczenie chorych, będące sakramentem przeznaczonym dla wszystkich osób dotkniętych niemocą, chorobą lub jakąkolwiek słabością. Zgodnie z biblijnym opisem tego sakramentu udzielają go prezbiterzy Kościoła poprzez namaszczenie poświęconym olejem, połączonym z modlitwami, w których poleca się chorych Chrystusowi (KKK, 1994, 1513; Kongregacja ds. Dyscypliny Sakramentów, 1998, 5; Adnes, 1996, s. 22–23). Poprzez sakrament namaszczenia chorych człowiek cierpiący spotyka się z Chrystusem, który obdarza go łaską „umocnienia, pokoju i odwagi, by przezwyciężyć trudności związane ze stanem ciężkiej choroby lub niedołęstwa” (Kongregacja ds. Dyscypliny Sakramentów, 1998, 5), odnawiając „ufność i wiarę w Boga oraz umacniając przeciw pokusom złego ducha, przeciw pokusie zniechęcania i trwogi śmierci” (KKK, 1994, 1520). Dzięki tej pomocy, chory może wytrwale znosić dolegliwości choroby, a także uzyskać odpuszczenie grzechów, stając się dopełnieniem chrześcijańskiej pokuty” (Kongregacja ds. Dyscypliny Sakramentów, 1998, 6).

W sakramencie namaszczenia człowiek chory spotyka się także z Chrystusem cierpiącym i ukrzyżowanym. „Przez łaskę tego sakramentu chory otrzymuje siłę i dar głębszego zjednoczenia z męką Chrystusa” (KKK, 1994, 1521), łącząc się także z Mistycznym Ciałem Chrystusa, czyli Kościołem, który w momencie celebracji namaszczenia modli się za chorego²³ (tamże, 1522). Choć eklezjalny sens sakramentu chorych ukazuje się już w obecności kapłana przy chorym, to jednak bardziej wyraźnie zostają uwidoczniona wspólnotowa charakterystyka tego sakramentu, gdy w jego celebracji mogą wziąć udział członkowie rodziny, osoby sprawujące opiekę i inni wierzący. Każdy z uczestników celebracji, jako członek Kościoła, modli się za chorego, a równocześnie jest tym, który doświadcza zbawczych owoców cier-

²³ „Ze swej strony chory przez łaskę tego sakramentu przyczynia się do uświęcenia Kościoła i do dobra wszystkich ludzi, dla których Kościół cierpi i ofiaruje się przez Chrystusa Bogu Ojcu”.

pienia chorej osoby (Bartoszek, 2000, s. 257). W niektórych sytuacjach namaszczenie chorych stanowi „przygotowanie do ostatniego przejścia, dopełniając w ten sposób rozpoczętego przez chrzest dzieła naszego upodobnienia się do misterium Śmierci i Zmartwychwstania Chrystusa”²⁴ (KKK, 1994, 1523).

Opieka paliatywna jest miejscem, w którym poszczególne wymiary sakramentu chorych mogą być uwidocznione. Umocnienie łaską Ducha Świętego wpisuje się w program towarzyszenia i leczenia paliatywnego, wspierającego wszystkie wymiary życia ludzkiego. Zjednoczenie z męką Chrystusa potwierdza, że w opiece paliatywnej poszukuje się najgłębszego sensu ludzkiego cierpienia, tym sensem się żyje i szanuje się go. Z eklezjalnym znaczeniem namaszczenia chorych współbrzmi zespołowy charakter opieki paliatywnej. Wreszcie przygotowanie na ostateczne przejście poprzez namaszczenie wpisuje się w jedno z podstawowych założeń opieki paliatywnej, którym jest stworzenie choremu warunków do godnego umierania (Bartoszek, 2000, s. 258–259). Ponieważ sakrament namaszczenia chorych jawi się jako ważny element opieki paliatywnej, należy zatem wyraźnie określić: komu (Kongregacja ds. Dyscypliny Sakramentów, 1998, 7) i kiedy można tego sakramentu udzielać. Odpowiednia pora na przyjęcie tego sakramentu jest wówczas, gdy choremu zaczyna grozić niebezpieczeństwo śmierci, czyli praktycznie przez cały czas terminalnej fazy choroby, w której opiekę roztacza zespół hospicyjny/paliatywny²⁵ (KKK, 1994, 1515; Kongregacja ds. Dyscypliny Sakramentów, 1998, 9, 12). W częstym przypadku utraty pełnej przytomności lub jasności rozumu u terminalnie chorych i umierających, należy udzielić sakramentu, jeżeli istnieje prawdopodobieństwo, że jako wierzący prosiliby o to, gdyby byli przytomni (tamże, 14).

Spotkanie chorego z Chrystusem, które realizuje się w sakramentach pokuty i pojednania oraz przez namaszczenie, najpełniej urzeczywistnia się w Eucharystii²⁶ (KKK, 1994, 1391–1396). Dlatego należy troszczyć się o to, aby chorzy mogli przyjmować Komunię świętą często, a nawet codziennie, a pomocą zwyczajnym szafarzom Eucharystii (prezbiterom, diakonom) mogą służyć nadzwyczajni szafarze (Bartoszek, 2000, s. 260). Gdy Komunia jest przyjmowana przy końcu ziemskiej pielgrzymki, nabiera ona specjalnego zna-

²⁴ „Jest ono ostatnim z szeregu świętych namaszczeń, które wyznaczają etapy życia chrześcijanina: namaszczenie przy chrzcie wycisnęło na nas pieczęć nowego życia; namaszczenie przy bierzmowaniu umocniło nas do życiowej walki. To ostatnie namaszczenie oznacza koniec naszego ziemskiego życia, jest jakby ochroną, zabezpieczającą nas na ostatnią walkę przed wejściem do domu Ojca”.

²⁵ Ponieważ w opiece paliatywnej zdarzają się remisje i poprawy stanu chorego, można sakramentu udzielić ponownie, przy ponownym pogłębieniu się choroby. Sakramentu chorych można udzielić także dzieciom, „jeżeli osiągnęły taki poziom umysłowy, że ten sakrament może im przynieść pokrzepienie”.

²⁶ Pogłębia ona zjednoczenie z Chrystusem, gładzi grzechy powszednie, zachowuje od przyszłych grzechów śmiertelnych i pogłębia jedność z całą wspólnotą Kościoła.

czenia dla osoby umierającej, będąc nazywana wiatykiem, czyli pokarmem na drogę – *cena viatica*²⁷ (KKK, 1994, 1524; Kongregacja ds. Dyscypliny Sakramentów, 1998, 26).

Wiatyk ma wymiar indywidualny i wspólnotowy, dlatego jego udzieleniu powinna towarzyszyć obecność bliskich i przyjaciół umierającego, jak również zespołu opiekuńczego (Kongregacja ds. Dyscypliny Sakramentów, 1998, 163; Krakowiak, 1980, s. 173). Jeśli pozwala na to stan chorego, można udzielić wiatyku w czasie sprawowania Mszy świętej, używając specjalnego formularza mszalnego „Msza przy udzielaniu wiatyku” (Kongregacja ds. Dyscypliny Sakramentów, 1998, 121–123). Gotowość przyjęcia wiatyku wiąże się ze świadomością zbliżającej się śmierci, a przygotowywanie chorego do jego przyjęcia wiąże się z uświadomieniem mu zbliżającej się agonii (Stefański, 1995, s. 498–499). Jego świadome przyjęcie pomaga choremu w pełnej akceptacji zbliżającej się śmierci. Najlepszym do niego przygotowaniem jest wcześniejsza, częsta komunie święta w czasie choroby, a także katecheza na temat „pokarmu na drogę” (Dutkiewicz, 1995, s. 539). Należy się jednocześnie postarać, by nie odkładano udzielania tego sakramentu, lecz aby jego szczególna wymowa mogła przemówić do chorego, kiedy jest jeszcze w pełni świadomy (Kongregacja ds. Dyscypliny Sakramentów, 1998, 27). Zrozumienie znaczenia wiatyku prowadzi do uznania go jako istotnego elementu opieki paliatywnej. Udzielenie go w obecności rodziny i zespołu opiekuńczego pomaga choremu w zrozumieniu sensu umierania i śmierci, umacnia osoby nim się opiekujące, będąc szczególnym ewangelizowaniem świata cierpienia i umierania²⁸ (VandeCreek, Connell, 1991, s. 289–295).

W praktyce duszpasterstwa umierających ostatnim aktem religijnym wobec umierającego jest modlitwa za konających, która tak została opisana w Katechizmie: Gdy Kościół po raz ostatni wypowiedział nad umierającym chrześcijaninem słowa przebaczenia i rozgrzeszenia Chrystusa, gdy nazaczył go po raz ostatni umacniającym namaszczeniem i w wiatyku dał mu Chrystusa jako pokarm na drogę, mówi do niego ze spokojną pewnością: „duszo chrześcijańska, zejdź z tego świata w imię Boga Ojca wszechmogącego, który cię stworzył” (KKK, 1994, 1020).

²⁷ „Przy przejściu z tego życia do wieczności człowiek wierzący zostaje umocniony Wiatykiem Ciała i Krwi Chrystusa i otrzymuje zadatek zmartwychwstania, zgodnie ze słowami Pana: «Kto spożywa moje Ciało i pije moją Krew, ma życie wieczne, a Ja go wskreszę w dniu ostatecznym» (J 6, 54)”.

²⁸ W badaniu wykonanym w USA wykazano, iż mocną stroną kapelanów katolickich jest troska o posługę liturgiczno-sakramentalną, podczas gdy kapelani protestanccy lepiej radzą sobie z doradztwem pastoralnym i są generalnie bardziej dostępni dla swoich pacjentów. Końcowy wniosek zachęca obie strony do dalszej współpracy, co potwierdzają już liczne wspólne inicjatywy kliniczne, zrodzone na bazie wspólnych treningów i formacji CPE.

Same zaś sakramenty udzielane umierającemu zostały porównane do sakramentów wtajemniczenia chrześcijańskiego: *podobnie jak sakramenty chrztu, bierzmowania i Eucharystii konstytuują jedność nazywaną „sakramentami wtajemniczenia chrześcijańskiego”, tak można powiedzieć, że pokuta, namaszczenie chorych i Eucharystia jako wiatyk, gdy życie chrześcijanina osiąga swój kres, są „sakramentami, które przygotowują do Ojczyzny” lub „sakramentami, które stanowią zakończenie ziemskiej pielgrzymki”* (tamże, 1527; PRDSZ, 1995, 110; Colombo, 1995, s. 1436–1448).

Sakramentalna obecność Chrystusa przy terminalnie chorych i umierających jest głęboko chrześcijańskim towarzyszeniem wiążącym się ze starożytnym zwyczajem istniejącym w Kościele. Jednak interpretacja posługi sakramentalnej doprowadzała często do sformalizowania i zrytualizowania towarzyszenia umierającym. Forma i rytuały zasłoniły niekiedy autentyczne spotkanie, wsłuchanie się w potrzeby cierpiącego człowieka, dlatego Sobór Watykański II zachęca do odnowy liturgii, w tym również sakramentów i sakramentaliów towarzyszących człowiekowi choremu i umierającemu (Adnes, 1996, s. 76–83).

Zamiast zakończenia – radości i dramaty kapelana hospicyjnego

Świadomość ograniczeń i potrzeb, którymi zdeterminowany jest kapelan odgrywa istotną rolę w relacji z chorym. W domach umierających pacjentów często spotykamy rodziny wycieńczone emocjonalnie i fizycznie długotrwałą opieką. Często bliscy mają za sobą wiele nocy czuwania w szpitalach, a potem w domu. To samo przydarza się opiekunom z zespołu hospicyjnego, w tym również kapelanom, którzy obok troski o chorych często wspierają rodziny, będąc jednocześnie powiernikami ciężkich przeżyć dla pracowników i wolontariuszy. Przemęczenie czy wypalenie zawodowe może dotknąć zwłaszcza te osoby, które bardzo angażują się emocjonalnie w kontakt z pacjentem i rodziną (por. Krakowiak, 2006, s. 25–26). Dbając o pacjenta, należy także pamiętać o sobie, choć to z kolei nie uchroni nas od dylematów i wewnętrznych konfliktów. Dotyczy to głównie członków zespołu hospicyjnego, którzy nieustannie są do dyspozycji, a tak bywa z kapelanem, rzadko mającym zastępcę i będącym na „ostrym dyżurze”. Przejmujące opowiadanie księdza Eugeniusza Dutkiewicza SAC, ojca ruchu hospicyjnego w Polsce jest tego wymownym przykładem. Tworząc hospicjum w Gdańsku był on jednocześnie proboszczem parafii. Pod opieką domową znalazł się mały, umierający chłopiec. Dr Tomasz Dangel z Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci tak wspomina charyzmatycznego kapelana i jego dramatyczne wyznanie:

Dnia 11 września 2002 roku zmarł ks. Eugeniusz Dutkiewicz, duszpasterz polskich hospicjów. Był i nadal jest kimś bardzo bliskim. Ta bliskość wynika z poczucia wspólnoty. Zawsze, gdy Go słuchałem, wiedziałem, że mówi bezpośrednio do mnie. Lubił to podkreślać, wtrącając czasem uwagę o hospicjum dla dzieci i kierując na mnie wzrok. Szczególnie lubię wracać do tych Jego myśli, które dotyczą spraw tajemniczych – misterium umierania i braterstwa: „Kiedy umierający będzie czuł nasze zrozumienie, ośmieli się, aby złożyć w nasze ręce swój ciężar duchowy. To złożenie określa się mianem – ukojenia. A moc tego ukojenia płynie z nas, dlatego że jego źródłem nie jesteśmy my, lecz to, co w nas. O źródło tych mocy trzeba pytać. I źródła tych mocy trzeba szukać” – pisał we „Więzi” (*Zdjąć udrękę. Opieka duchowa nad umierającym*, 1999, 2 (484)/1999 luty, 84–91). A w jednym z wywiadów powiedział: „Ja nie mam mocy. Ja mam tylko przywilej dotykania jego duszy w godzinę umierania. A mocą jest sam Jezus Chrystus. I to On przeze mnie od cierpienia uwalnia”. Na pytanie, jak wspomina spotkania z umierającymi dziećmi, odpowiedział: „Pamiętam też jak po wigilii szedłem do umierającego chłopca. On mnie prosił, błagał, żebym nie odchodził. Wiesz, trzyma za rękę, przytuli się. Mija dwudziesta trzecia trzydzieści, czterdzieści pięć, a ja jestem proboszczem. Mówię „Kubusiu muszę pasterkę odprawić, ale po Mszy świętej przyjdę do ciebie”. No musiałem, musiałem. Teraz wiem, że nie powinienem był iść na tę pasterkę. Mogłem poprosić o zastępstwo wikarego; co innego gdybym był sam. Przecież papież powiedział: „Człowiek jest drogą Kościoła”. I tej nocy ten mały Kubuś był najważniejszą drogą Kościoła, umierał. Odprawiłem pasterkę, wróciłem, a on już nie żył... (Dangel, 2002, s. 94–96).

Śmiertelna choroba jest kryzysem dla pacjenta, rodziny, ale także dla osób sprawujących nad nimi opiekę. Nie dziwi zatem fakt, że pojawiają się takie komentarze ze strony pracowników i wolontariuszy hospicyjnych, a także ze strony otoczenia: „Nie mogę tu pracować. Nie potrafię sobie poradzić ze świadomością, że wszyscy moi pacjenci umrą. Czuję się taka bezradna” – uzasadnia swe wypowiedzenie pielęgniarka odchodząca z zespołu hospicyjnego. „To nie jest miejsce dla mnie. Nie wiem, jak tu można pracować. To zbyt trudne!” – wyznaje lekarz, specjalista chorób dziecięcych po miesiącu pracy. A kolega zadziwiony pyta kapelana: „Co ty robisz w hospicjum? Nie możesz sobie znaleźć parafii albo innej, spokojniejszej pracy?” Wolontariat w hospicjum bywa nierozumiany nawet wśród studentów uczelni medycznych. Postrzegany jest jako dziwactwo, czy strata czasu. Te opinie nie są niestety rzadkością. Pokazują, że praca wśród umierających jest szczególnym wyzwaniem, a doświadczenie śmierci dramatem, który trudno porównać do innych wydarzeń w życiu człowieka (por. Krakowiak, 2006, s. 28).

Dylematy, porażki, zmagania chorych, rodzin i zespołu hospicyjnego, dramatyczne spotkania z rodzicami umierających dzieci to hospicyjna co-

dziennosc. Kapelan jest świadkiem nierozwiązanych spraw osobistych i rodzinnych, oczekiwania pacjentów na swoich bliskich i oczekiwania na śmierć. Zdarza mu się usłyszeć słowa dozgonnej wdzięczności, ale bywa także obarczany winą za jedno niefortunne słowo, które przelewa kielich nieszczęść dźwiganych przez pacjenta, czy jego rodzinę. Ładunek emocjonalny, który niesie koniec życia sprawia, że każda iskra może być powodem wybuchu. Ks. Eugeniusz Dutkiewicz, pomimo tak wielu spotkań z umieraniem i śmiercią, a może właśnie poprzez te spotkania, czuł ogromny ciężar tego najważniejszego życiowego zadania. Tak często powtarzał w swoich konferencjach i wykładach: „kiedyś śmierć będzie miała Twoje i moje oczy – jak wtedy będzie wyglądało Twoje umieranie, co przyniesiesz jako owoce Twojego życia?” (Krakowiak, Stolarczyk, 2007, s. 133).

Czy to oznacza, że cierpienia i trudy pracy kapelanów hospicyjnych są tak liczne i trudne, że nie będą się pojawiać nowi kandydaci do tej służby? Opowiadanie jednego z diakonów odbywających w hospicjum praktykę kliniczną w ramach zajęć z psychologii i medycyny pastoralnej napawa nadzieją, że ta posługa w szczególnym miejscu, jakim jest hospicjum, jest także powołaniem, które ciągle będą odkrywać zarówno kapłani, jak i ludzie świeccy:

Tydzień spędzony w Hospicjum im. Księdza Eugeniusza Dutkiewicza SAC to obcowanie w krainie *misterium mortis*. Pomimo iż plan dnia wypełniony był bardzo szczerze różnego rodzaju zajęciami (wykłady, spotkania z profesorami, warsztaty, dyskusje) doświadczyłem swoistego „zatrzymania się”, podczas którego ma się wrażenie jakby czas na chwilę zatrzymał się w miejscu. Myślę, że to za sprawą spotkań przy łóżku z umierającym człowiekiem, czyli tego, co tak naprawdę podczas pobytu w Hospicjum było najważniejsze. Śmiem twierdzić, że w takich chwilach dokonują się jedne z najistotniejszych życiowych wydarzeń. Tutaj zrozumiałem, że człowiek jest drogą Kościoła, nie na odwrót. Niemniej jednak – będę szczerzy – jadąc do Gdańska, by pobierać nauki z zakresu psychologii i medycyny pastoralnej, najbardziej obawiałem się właśnie tego... Cierpienie, umieranie, wyciągnięte bezradnie ręce, ból, może krzyk rozpacz. A przecież wypadaloby zachować się jakoś przyzwoicie, i jak przystało na studenta teologii – ba, na diakona (!), powiedzieć choremu coś mądrego, podnieść go na duchu. Tylko że, co ja wiem o cierpieniu i śmierci? – myślałem. Tymczasem w obliczu tajemnicy spotkania z osobą śmiertelnie chorą paplanina nie ma sensu, a wykład z katolickiej eschatologii, skądinąd bardzo optymistycznej, jest co najmniej nie na miejscu. Bo w krainie *misterium mortis* najlepsze jest milczenie. Wystarczy delikatny dotyk dłoni, uśmiech, spojrzenie. Bezczenna jest obecność. W Hospicjum chodzi o to, by być... Po prostu być.

W epoce świtu trzeciego tysiąclecia, w której bitwa toczy się o to, by mieć, nie brakuje pomysłów na życie eliminujących śmierci z pola ludzkiego widze-

nia. Świat w pogoni za sukcesem, „wieczną młodością” kompletnie zwariował. Dzieło Hospicjum pnie się pod prąd współczesnym trendom, i być może jest zwiastunem epoki, w której w końcu nastąpi integralne spojrzenie na człowieka. Epoki promującej wiarę i rozum, na których – jak na dwóch skrzydłach - duch ludzki unosi się ku kontemplacji prawdy. Ciało i duch, życie i śmierć są przecież jednakowo ważne. [...] W Hospicjum widziałem miłość w oczach męża patrzącego troskliwie na chorą żonę, miłość rodziców do umierającego dwunastoletniego dziecka, córki do matki... Miłość cierpliwa jest, łaskawa jest. Miłość nie zazdrości, nie szuka poklasku, nie unosi się pychą, nie jest bezwstydną, nie unosi się gniewem... Spotkałem ludzi, którzy dają swoje serce innym, bo kochają. Dzięki temu wszystko ma sens - i życie, i cierpienie, nawet umieranie. „W czerwcu jeszcze byłam zupełnie zdrowa, biegałam po domu. Teraz nie mogę chodzić, już całkowicie” – pamiętam głos pani Teresy. Łzy na policzkach, a potem uśmiech – Przepraszam, co ja tak dzisiaj płaczę? Dzieci to krzyczą na mnie, kiedy płaczę... – Pamiętam żarty pana Janka, nieprzytomność Józia. Twarze chorych odwiedzanych w ich domach. I choć teraz widzę jakby w zwierciadle, niejasno, po części, to wiem, że są oni bezpieczni, bo to kraina misterium śmierci, w której dopiero zaczyna się życie. Najprawdziwsze życie. A w kaplicy Hospicjum im. Księdza Eugeniusza Dutkiewicza SAC w Gdańsku mieszka Pan Jezus, Baranek Boży. (tamże, s. 133–134).

Bibliografia

Adnes P. (1996), *L'unzione degli infermi, storia e teologia*, Milano: Edizioni San Paulo.

Autton N. (1966), *The Pastoral Care for the Dying*, London: SPCK.

Bartoszek A. (2000), *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*, Katowice: Wydawnictwo św. Jacka.

Brusco A. (1994), *Il particolare carisma dei religiosi nel servizio agli infermi*, w: AA.VV. „*Curate infirmos*” e la vita consacrata (s. 53–70), Città del Vaticano.

Colombo G. (1995), *Unzione degli infermi*, w: D. Sartore, A. Triacca (red.), *Nuovo Dizionario di Liturgia* (s.1436–1448), Milano: Edizioni San Paulo.

Dangel T. (2002), *Nie powinienem był iść na tę pasterkę. Wspomnienie o ks. Eugeniuszu Dutkiewiczu*, *Więź* 12 (530), s. 94–96.

de Walden-Gałuszko K. (2000), *U kresu*, Gdańsk: MAKmed.

DuBoulay S. (1986), *Un movimento per l'assistenza ai malati incurabili. Cicely Saunders: La Fondatrice*, Milano: Jaca Book.

Dutkiewicz E. (1995), *Duszpasterska opieka nad ciężko chorymi i umierającymi*, w: E. Szczotok, A. Liskowacka (red.), *Ewangelizacja i nawrócenie. Program duszpasterski na rok 1995/96*. (s. 534–540), Katowice.

Dutkiewicz E. (1999), Krajowe Duszpasterstwo Hospicjum, w: P. Krakowiak, E. Dutkiewicz (red.), *Duszpasterstwo Służby Zdrowia w Polsce: osiągnięcia i wyzwania* (s. 44–46), Gdańsk: MAKmed.

Dziewiecki M. (2005), *Kapłan – świadek Miłości*, Kraków: eSPe.

Episcopato Canadese (1996), *La vita e la morte in una communita compassionevole*, w: *Lettere Pastoralis 1994-1995*. Roma: CEI, 987–999.

Goodliff P. (1999), *Care in a Confused Climate. Pastoral Care and Post-modern Culture*, London: Darton, Longman & Todd.

Góralczyk P. (1995), *Spółeczny wymiar grzechu*, w: E. Szczotok, A. Liskowacka (red.), *Ewangelizacja i nawrócenie. Program duszpasterski na rok 1995/96*. (s. 253–265), Katowice.

Jachimczak J. (1999), *Sprawozdanie z Działalności Krajowego Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Apostolstwo Chorych*, 7, 6–8.

Jan Paweł II. (1979), *Redemptor hominis*, Watykan.

Jan Paweł II. (1988), *Christifideles Laici*, Watykan.

Jan Paweł II (1995), *Evangelium vitae*, Watykan.

Jan Paweł II. (1996), Posynodalna Adhortacja Apostolska *Vita Consecrata*. Watykan.

Katechizm Kościoła Katolickiego (1994), Poznań: Pallotinum.

Klinger L. (1999), *Sytuacja Duszpasterstwa Służby Zdrowia w Niemczech*, w: P. Krakowiak, E. Dutkiewicz (red.), *Duszpasterstwo Służby Zdrowia w Polsce: osiągnięcia i wyzwania* (s. 56–66), Gdańsk: MAKmed.

Kongregacja ds. Dyscypliny Sakramentów (1998), *Sakramenty chorych. Obrzędy i duszpasterstwo*. Katowice: Księgarnia św. Jacka.

Krakowiak Cz. (1980), *Postługa Kościoła wobec umierającego człowieka*, *Ateneum Kapłańskie*, 72, 95 (430), 179–182.

Krakowiak P. (2006), *Zdążyć z prawdą. O sztuce komunikacji w Hospicjum*. Gdańsk: Fundacja Hospicyjna.

Krakowiak P., Stolarczyk A. (2007), *Ksiądz Eugeniusz Dutkiewicz SAC. Ojciec ruchu hospicyjnego w Polsce*, Gdańsk: Fundacja Hospicyjna.

Kübler-Ross E. (1969), *On death and dying*, New York: Macmillan.

Kübler-Ross E. (1974), *Questions and answers on death and dying*, New York: Colliner Books.

Mickiewicz F. (1998), *Zbawcza moc cierpienia*. *Communio*, 3 (105), 39–43.

Mikołajczak R. (1990), *Towarzystwo umierającym jako zadanie Kościoła*. *Ateneum Kapłańskie*, 1 (488), 129–130.

Mokrzycki B., *Kościół w oczyszczeniu*, Warszawa: ATK.

Musiał S. (2002), *Wrażliwości można się nauczyć*, *Znak* 561, 98–101.

Nagórny J. (1998), *Sakrament pokuty w kontekście miłosierdzia*, w: *Wierzę w Boga Ojca. Program Duszpasterski na rok 1998/1999*, Katowice.

Olive K.E. (1995), *Psychician religious beliefs and the psysician-patient relationship: a study of devout physicians*, *South Medical Journal* 88, 1249–1255.

Osińska K. (1981), *Spojrzenie lekarza na sakrament namaszczenia chorych*, w: B. Dąbrowski (red.), *Ludzie chorzy i starsi w Kościele*, Warszawa: ATK.

Ostrowska A. (1997), *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa: IFiS PAN.

Papieska Rada do spraw Duszpasterstwa Służby Zdrowia (1987), *Świeccy w świecie cierpienia i zdrowia*, Watykan: Polyglotta.

Papieska Rada do spraw Duszpasterstwa Służby Zdrowia (1992), *Pastorale sanitaria e nuova ewangelizzazione dell'Europa*. [Duszpasterstwo zdrowia a nowa ewangelizacja Europy], Watykan: Polyglotta.

Papieska Rada do spraw Duszpasterstwa Służby Zdrowia (1995), *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan: Polyglotta.

Pawlina S. (1981), *Status Prawny Duszpasterstwa Chorych w szpitalach i sanatoriach*, w: B. Dąbrowski (red.), *Ludzie chorzy i starsi w Kościele* (s. 136–146). Warszawa: ATK.

Post S.G., Puchalski Ch.M., Larson D.B. (2000), *Physicians and Patient Spirituality: Professional Boundaries, Competency, and Ethics*, *Annals of Internal Medicine*, 132 (7), 578–583.

Principe W. (1983), *Toward defining spirituality*, *Studies in Religion*, 12 (2), 127–141.

Saunders C. (1993), *Historia Ruchu Hospicyjnego*, *Nowotwory*, 43 (2), 105–107.

Sawicka S. (1994, 4 września), *Do ostatniej chwili – Zbiór wypowiedzi pracowników i wolontariuszy polskich hospicjów*, *Dziennik Polski*, s. 5–6.

Schneiders M. (1986), *Theology and Spirituality: Strangers, Rivals, or Partners?*, *Horizons*, 13, 253–274.

Stefański J. (1995), *Sakrament chorych w praktyce duszpasterskiej*, w: E. Szczotok, A. Liskowacka (red.), *Ewangelizacja i nawrócenie. Program Duszpasterski na rok 1995/1996* (s. 485–508), Katowice.

Świtała M. (2005), *Podróż za horyzont*, Gdańsk: Fundacja na Rzecz Wspomagania Hospicjum im. E. Dutkiewicza.

Trembay R. (1991), *Cierpieć, aby żyć. Refleksje nad zbawczym sensem cierpienia*, *Communio*, 11, 57–69.

VandeCreek L., Connell L. (1991), *Evaluation of the hospital chaplain's pastoral care: Catholic and Protestant differences*, *Journal of Pastoral Care*, 45 (3), 289–295.

Wolski Conn J. (1985), *Spirituality and Personal maturit*, w: R.J. Wicks, R.D. Parsons, D.E. Capps (red.), *Clinical Handbook of Pastoral Counseling* (s. 37–56). New York: Paulist Press.

Zawisza M. (2006), *Kapelan w służbie paliatywnej*, w: *Opieka paliatywna dla wolontariuszy* (s. 75–78), Poznań: Stowarzyszenie Wspierania Opieki Paliatywnej.

