

WROCŁAWSKIE TOWARZYSTWO NAUKOWE
WROCŁAW SCIENTIFIC SOCIETY

PROBLEMY WSPÓŁCZESNEJ TANATOLOGII

MEDYCyna – ANTROPOLOGIA KULTURY – HUMANISTYKA

Tom V

pod redakcją
Jacka Kolbuszewskiego



Wrocław 2001

ETYCZNE ASPEKTY OPIEKI PALIATYWNEJ

CEL

Celem niniejszego studium jest 1) zapoznanie czytelnika z istotą i głównymi aspektami etycznymi opieki paliatywnej, sprawowanej nad pacjentem w terminalnym stadium jego choroby, najczęściej nowotworowej; 2) ukazanie nie tylko konieczności, ale również etyczności tej opieki, jako należytej osobie z racji jej godności, niezależnej od stopnia degradacji organizmu; 3) uświadomienie, że zakaz szkodzenia (*primum non nocere*) i nakaz czynienia dobra ma charakter bezwzględny i zobowiązuje opiekuna do możliwie największych poświęceń na rzecz podopiecznego, a zwłaszcza do odczucia jego dramatu wewnętrznego w obliczu nadchodzącej śmierci, zrozumienia i zaspokojenia jego specyficznych potrzeb fizycznych, psychicznych i duchowych, do uczestnictwa w podtrzymywaniu jakości jego indywidualnego życia aż do naturalnego końca, jego wartości i nadziei oraz pomocy w rozstrzygnięciu konfliktów moralnych, wynikających z doświadczania „wszechogarniającego bólu” (*total pain*) i tanatologicznych lęków przed unicestwieniem, niebytem i cierpieniami w chwili agonii; 4) skłonienie czytelnika do refleksji nad śmiercią i przygotowaniem do niej oraz zachęcenie do osobistego zaangażowania się w ofiarną pomoc tym z bliznich, którzy niewątpliwie najbardziej jej potrzebują – umierającym.

1. POJĘCIE „OPIEKI PALIATYWNEJ”, JEJ CELE I ZADANIA

Termin „opieka paliatywna” (z gr. „*paliatus*” oznacza okryty płaszczem), używany zamiennie z pojęciem „opieki terminalnej”, definiowany jest jako skoordynowany program kompleksowych działań opiekuńczych nad osobami znajdującymi się w terminalnym¹ stadium choroby oraz nad ich rodzinami. Sprawowana przez wielodyscyplinarne zespoły kadrowe (obejmujące lekarzy, pielęgniarki, psychologów, pracowników socjalnych, kapłanów i odpowiednio przeszkolonych wolontariuszy) opieka paliatywna ukierunkowana jest na maksymalne łagodzenie bólu i wszelkich dolegliwości somatycznych oraz cierpień psychicznych (np. niepokoju, lęku, stanów depresyjnych) za pomocą środków farmakologicznych i psychoterapii. Opieka ta, uwzględniając potrzeby fizyczne i duchowe ciężko chorych i umie-

¹ Podkreślając różnicę między stanem terminalnym a stanem krytycznym, trzeba zauważyć, że odnośnie pierwszego z nich możemy przewidywać, że pacjent na pewno umrze w dość krótkim czasie i to mimo najlepszej terapii, zaś odnośnie stanu drugiego, zejście śmiertelne jest tylko prawdopodobne. Wg. K. Gibińskiego, „pacjenci w stanie krytycznym mogą umrzeć, a w stanie terminalnym już umierają”. Por. K. G i b i ń s k i, *Chory krytycznie – chory terminalnie*, [w:] A. Wiekłuk (red.), *Terminalnie chory. Hospicjum* (Prace Komisji Etyki Medycznej), Kraków 1996, s. 6).

rających, dąży do zapewnienia im godnych warunków życia i umierania. Dlatego stara się poprawić ich warunki socjalne, zapewnić fachową pomoc (np. przygotowując do niej rodzinę i osoby chętne do współpracy), usuwać najbardziej dokuczliwe objawy chorobowe, prowadzić rehabilitację psychofizyczną i udzielać szeroko rozumianego wsparcia. Celem opieki paliatywnej jest również właściwe (delikatne, stosowne do wieku, poziomu intelektualnego, aktualnego stanu psychicznego, oczekiwań itp.) przygotowanie osoby znajdującej się w stanie terminalnym do nadchodzącej śmierci.

Do głównych zadań opieki paliatywnej należą więc:

- 1) uwalnianie chorego od bólu i uciążliwych objawów niewydolności organizmu oraz cierpień psychicznych i duchowych na tyle, na ile to możliwe;
- 2) zapewnianie fachowej pomocy lekarskiej, pielęgniarskiej, psychologicznej i duszpasterskiej w celu złagodzenia lęku przed śmiercią;
- 3) udzielanie pacjentowi (i jego rodzinie) wsparcia psychicznego, duchownego, socjalnego i, w miarę możliwości, ekonomicznego;
- 4) zaspokajanie – w sposób możliwie najpełniejszy – rozsądnych potrzeb i życzeń umierającego;
- 5) przygotowanie go do śmierci (opieka paliatywna akceptuje wyłącznie śmierć naturalną jako jedyną godną człowieka; nie przyspiesza jej, ale też nie opóźnia).

Powyższe zadania opieki paliatywnej łączy humanitarna idea wspomaganie umierającego w jego śmierci. Wspomaganie to jest moralnym obowiązkiem lekarza, personelu medycznego, rodziny i osób związanych uczuciowo z chorym. Oznacza ono „towarzystwo choremu w jego drodze do kresu życia”². Może być krótkotrwałe (np. w ostrym zapaleniu płuc) lub – częściej – długotrwałe (procesy umierania wydłuża się wraz z postępowaniem w terapii i opiece).

2. STADIA UMIERANIA

Warunkiem skutecznego wspomaganie umierającego jest m.in. znajomość fazy jego choroby, określenie przewidywanej długości procesu umierania i uwzględnienie stanu psychicznego i emocjonalnego, w jakim się znajduje. Stan ten w dużym stopniu zależy od indywidualnych reakcji pacjenta na własną śmierć. W przeżywaniu procesu umierania można zauważyć pewne prawidłowości, tj. wyróżnić w nim różne stadia. E. Kübler-Ross (Szwajcarka będąca lekarzem-psychiatrą w USA) w swojej książce *Rozmowy o śmierci i umieraniu*³ wyróżnia pięć stadiów procesu umierania (o różnej długości i intensywności przeżywania): 1) stadium zaprzeczenia zbliżającej się śmierci (wywołane jest szokiem informacyjnym, gdy pacjent pozna prawdę o negatywnym przebiegu swojej choroby, lecz nie akceptuje jej rzeczywistości), 2) stadium gniewu, buntu, agresji, żalu i pretensji kierowanych przez chorego nawet do Boga, ale również do personelu medycznego i rodziny; zdaje on sobie sprawę z powagi sytuacji, ale nie mogąc uzasadnić jej egzystencjalnego odniesienia do siebie („dlaczego właśnie mnie to spotkało?”, „dlaczego ja mam teraz umrzeć?”) i nie znajdując wyższych racji dla własnej śmierci, ostro przeciw niej protestuje; 3) stadium targowania się z losem „o przedłużenie swego życia, chociażby na krótki czas, przy czym «większość tego rodzaju targów prowadzona jest z Bogiem i zwykle trzyma w tajemnicy». Nieraz pacjent

² H. N i k e l s k i, *Z pomocą umierającym*, Warszawa 1989, s. 46.

³ E. K ü b l e r - R o s s, *Rozmowy o śmierci o umieraniu*, Warszawa 1979.

Bogu coś przyrzeka, ślubuje. Zdarza się, że „pocucie”⁴. Swoich złudzeń o możliwości Udawany optymizm i dobry humor zanika. ności organizmu oraz związanych z nimi (4), w którym pacjent głęboko przeżywa wny, przygnębiony, bezradny i bez możliwości wcześniejszych stadiach) mechanizmy obrony lękiem przed unicestwieniem. Często towarzyszą im zmiany i postępującego ograniczenia stawowych czynności (niesprawność, niedo- uzależnienie od pomocy innych osób). Roz- zoficznych refleksji nawet umysły najmnie- ny, apatyczny, niechętny do współpracy zany. W samotności rozmyśla nad sobą i śmierci a nawet prosi o jej przyspieszenie. U- kalnie zmienić jego sytuację, rozważa mo- zanego z nią ewentualnego rozliczenia z c- przedmiotem poznania w poszukiwaniu sukcesy, niespełnione obowiązki i zniwecz- odczuwany (i wyolbrzymiany) lęk przed śm- przed możliwą karą za popełnione w ciągu ż- możliwości. Zdając sobie sprawę z własnej głosem sumienia, próbuje cierpienia używać winy i błędy. Co więcej, nierzadko postan- łagodzi lęk przed karą. Tak rodzi się w nim – od wcześniejszego – poziomie dochowoś- bolesnych doświadczeń dla usensowienia r- czenia te, stając się czynnikiem wymuszone- same nabierają wartości, nie są daremne. Ze- wewnętrznego umierającego pacjenta jest – stadium procesu umierania, lecz w odróżni- rzyszy jej wyrazny spokój a nawet pewna

Umierający może wtedy załatwiać ostat- się z osobami zwaśnionymi, żegnać ze wsz- prośby dotyczące pogrzebu. W stadium p- zabranie ze szpitala do domu lub – gdy chor- szenie jego stanu – niechęć pójścia do szpit- w jakim spełniało się jego życie.

Zdaniem E. Kubler-Ross, powyższe st- informacji o rzeczywistym przebiegu jego- jako wyraz przemian w zakresie indywidual- w USA uzasadnienie bardziej prawne i fir- podjęciem akcji wspomaganie pacjenta w u-

⁴ F. M. R o s i Ń s k i, *Przeżycia z pogranicza śm- tanatologii*, Wrocław 1998, s. 71.

Bogu coś przyrzeka, ślubuje. Zdarza się, że w tej fazie u ciężko chorego poprawia się samopoczucie⁴. Swoich złudzeń o możliwości poprawy zdrowia nie traktuje jednak poważnie. Udawany optymizm i dobry humor zanikają w obliczu narastających objawów niewydolności organizmu oraz związanych z nimi bólów i cierpień. Dochodzi do stadium depresji (4), w którym pacjent głęboko przeżywa wszystkie niepowodzenia terapeutyczne, jest smutny, przygnębiony, bezradny i bez możliwości obrony przed śmiercią. Wykorzystywane (we wcześniejszych stadiach) mechanizmy obronne zanikają, ustępując przed nasilającym się lękiem przed unicestwieniem. Często towarzyszy temu świadomość przemijania, nieodwracalności zmian i postępującego ograniczenia wolności, nawet w zakresie wykonywania podstawowych czynności (niesprawność, niedośćność i krępujące-zwłaszcza w sferze intymnej-uzależnienie od pomocy innych osób). Rozpacзлиwa sytuacja „bez wyjścia” skłania do filozoficznych refleksji nawet umysły najmniej skłonne do filozofowania. Chory staje się bierny, apatyczny, niechętny do współpracy z personelem medycznym, załamany i wyizolowany. W samotności rozmyśla nad sobą i beznadziejnością położenia. Bywa, że pragnie śmierci a nawet prosi o jej przyspieszenie. Uświadamiając sobie, że tylko śmierć może radykalnie zmienić jego sytuację, rozważa możliwości swego przetrwania duchowego i związanego z nią ewentualnego rozliczenia z całości życia. Staje się wówczas sam dla siebie przedmiotem poznania w poszukiwaniu prawdy o sobie. Przypomina swoje porażki i sukcesy, niespełnione obowiązki i zniweczone szanse. W obliczu takich refleksji dotychczas odczuwany (i wyolbrzymiany) lęk przed śmiercią zaczyna się zmniejszać, ustępując lękowi przed możliwą karą za popełnione w ciągu życia zło, wyrządzone krzywdy i niezrealizowane możliwości. Zdając sobie sprawę z własnej ułomności moralnej a nie mogąc uciec przed głosem sumienia, próbuje cierpienia używać jako sposobu ekspiacji za nieusprawiedliwione winy i błędy. Co więcej, nierzadko postanawia poprawę, co zmniejsza wyrzuty sumienia i łagodzi lęk przed karą. Tak rodzi się w nim nowa osobowość i zorganizowany na wyższym – od wcześniejszego – poziomie dochowoci świat wewnętrzny. Dostrzega wartość swoich bolesnych doświadczeń dla usensowienia minionego życia, cierpienia i śmierci. Doświadczenia te, stając się czynnikiem wymuszonej refleksji skłaniającej do duchowej przemiany, same nabierają wartości, nie są daremne. Zewnętrznie postrzegalnym efektem przeobrażenia wewnętrznego umierającego pacjenta jest jego zgoda na śmierć. Stanowi ona ostatnie (5) stadium procesu umierania, lecz-w odróżnieniu od depresyjnego pragnienia śmierci-towarzyszy jej wyraźny spokój a nawet pewna pogoda ducha.

Umierający może wtedy załatwiać ostatnie sprawy, udzielać bliskim dobrych rad, godzić się z osobami zwaśnionymi, żegnać ze wszystkimi, wyrażać ostatnią wolę oraz życzenia i prośby dotyczące pogrzebu. W stadium przyzwolenia na śmierć zdarzają się prośby o zabranie ze szpitala do domu lub – gdy chory przebywa w domu a następuje wyraźne pogorszenie jego stanu – niechęć pójścia do szpitala. Woli umierać wśród rodziny i w otoczeniu, w jakim spełniało się jego życie.

Zdaniem E. Kubler-Ross, powyższe stadia są zapoczątkowane przekazaniem choremu informacji o rzeczywistym przebiegu jego choroby. W związku z tym można je traktować jako wyraz przemian w zakresie indywidualnych reakcji na prawdę. Przekazanie jej (mające w USA uzasadnienie bardziej prawne i finansowe, niż humanitarne) jest równoczesne z podjęciem akcji wspomagania pacjenta w umieraniu oraz – w jej ramach – przygotowania

⁴ F. M. R o s i Ń s k i, *Przeżycia z pogranicza śmierci*, [w:] J. Kolbuszewski (red.), *Problemy współczesnej tanatologii*, Wrocław 1998, s. 71.

go do śmierci. Według opinii H. Nikelskiego, wspomaganie jest możliwe również wtedy, gdy prawda zostanie przed nim zatajona, np. w wyniku tzw. Zmowy milczenia. Ponieważ w warunkach europejskich (także w Polsce) jest to praktykowane dość często (nie ma obowiązku komunikowania nieuleczalnie choremu rozpoznania a tym bardziej rokowania), więc stadia umierania – podobnie jak czas rozpoczęcia wspomagania – są nieco odmienne od amerykańskich. Nikelski proponuje uszeregować je następująco: „(1) Nieświadomość; (2) niepewność (P. Sporken i J. Michels); (3a) zaprzeczenie pośrednie. – Przekazanie prawdy lub poznanie prawdy; (3b) Wyrazne pragnienie, by coś nie było prawdą; (4) bunt (E. Kubler-Ross); (5) targowanie się z losem; (6) depresja (E. Kubler-Ross); (7) pogodzenie się z faktem śmierci”⁵. Według H. Nikelskiego, przekazanie prawdy stanowi istotną część składową wspomagania umierających, trudno jednak z góry określić, w którym stadium (i w jakim zakresie) powinno to nastąpić w odniesieniu do konkretnego pacjenta. Są także pacjenci o tak słabej psychice, że lepiej Niem ówić im prawdy, pozostawiając im inne formy wspomagania. Należą do nich: umiejętność słuchania chorego, wyczuwania jego potrzeb (domyślanie się ich m.in. po gestach i mimice), łagodzenie obaw i lęków (np. słowem, uczuciem, postępowaniem), umożliwienie ich odreagowania; rozpoznawanie przyczyn niepokoju, napięcia psychicznego, agresji i innych stanów psychicznych; dowartościowanie pacjenta jako osoby oraz jego przeszłości (zakładając, że jej niektóre fragmenty zdążyliśmy poznać); pomoc w wytworzeniu mechanizmów radzenia sobie z problemami (także natury wewnętrznej, np. w odkryciu sensu istnienia i cierpienia); zwiększanie aktywności twórczej w chwilach wolnych od bólu; nie odbieranie ostatniej iskry nadziei (przynajmniej na okresową poprawę przebiegu choroby, zwłaszcza że zdarzają się czasem – nawet w schorzeniach nowotworowych – długie okresy remisji). Do wspomagania należy także towarzyszenie choremu w chwili agonii (wskazane jest trzymanie ręki). Absolutnie niedopuszczalne jest pozostawianie go wówczas w samotności, niezależnie od tego, czy mógł się śmierci spodziewać, czy też nie (bo np. z jakichś względów nie poznał prawdy o swojej chorobie i rokowaniu).

3. INFORMOWANIE PACJENTÓW W STANIE TERMINALNYM O DIAGNOZIE I ZŁYM ROKOWANIU

Czy obowiązkiem etycznym lekarza jest przekazywanie choremu w terminalnym (ostatnim) stadium choroby pełnej informacji o diagnozie i złym rokowaniu? Czy nie lepszym, bardziej humanitarnym rozwiązaniem byłoby zatajenie prawdy, która przecież czasem może spowodować szok psychiczny, załamać a nawet przyśpieszyć śmierć? W jaki sposób i kiedy udzielać mu informacji aby zminimalizować stres i oszczędzić psychikę, której granic wytrzymałości nikt nie zna?

Sytuacja lekarza, który ma odpowiedzieć na te pytania osobie nie pojmującej grozy swej sytuacji i liczącej na wyzdrowienie, jest niezmiernie trudna, bo psychologicznie i moralnie kłopotliwa. Prawda mogłaby jej odebrać ostatnią nadzieję, przybrać postać wyroku śmierci, utrudnić leczenie w zakresie jeszcze możliwym lub chociażby tylko objawowym oraz przyśpieszyć zgon (zaniechanie obrony psychicznej nie pozostaje przecież bez wpływu na stan organizmu). Niekiedy reakcją naprawdę bywa samobójstwo. Niewielu jest pacjentów, którzy są na tyle odważni, aby o nią wyraźnie zapytać a w następstwie odpowiedzi, nie załamać się. Słowem, mało jest pacjentów dobrze przygotowanych do śmierci, gotowych do jej akceptacji. Spokojne przyjęcie prawdy pozwala postawić i realizować ostatnie zadania

⁵ H. N i k e l s k i, *Z pomocą umierającym*, dz.cyt., s.49.

i wartości, wzmocnić wielkość i hart ducha. Prawda niekiedy może zainicjować pozytywne zmiany, to zależy od różnych czynników, m.in. o (pośmiertną) egzystencję, od kultury i os (rodzinnej (np. skłaniając ciężko chorą matkę do zmiany ze względu na dzieci).

Wprawdzie w potocznym określeniu „terminalnego” skonalenie wymaga pewnych warunków, np. nad własnym zaistnieniem, cierpieniem i samotnością, a także w życiorysach i tradycjach różnych narodów a także w życiorysach i tradycjach różnych nych rozważań nad kruchością i ulotnością życia, w walce z hedonizmem, wypierającą ze świadomości i wartości życia, związane z faktem nieuchronnej śmierci, z silnych osobowości, godnych kandydować na przykład w warunkach przestaje być pierwszą nauką, a raczej nieskrępowanego korzystania z wszelkich warunków, że tak rzadko można spotkać osoby spokojne i Zbyt słaby, nieprzygotowany do śmierci, nie dojdzie do niej, de facto dejsciem bankrutuje, czego wyrazem jest śmierć pacjenta terminalnego z jego śmiercią sta

Nie tylko prawda może porażać i niszczyć życie, ale również jej brak, aczkolwiek może być mniej szkodliwe, niż w pierwszym. Nie do końca chorego pacjent, staje się podejrzliwy, dąży do z naprzemiennych stanów przygnębienia i optymizmu, czony z powodu nieautentyczności kontaktów z trzymających ze sobą tzw. zmowę milczenia, nie bje chociażby dla rozładowania nadmiar energii, gniewem lub złością bądź wyraźnie okazuje się, że osó. Nieraz jednak woli trwać w niepewności, niż uzyskać pewność w rozpoznaniu, które c

Oprócz pacjentów, którzy z lęku nie chcą przyjąć faktycznie zależy. Gdy nie mogą uzyskać pewności, stosują trzy strategie ich poszukiwania:

1) wnioskujeją na podstawie podsłuchanych rozmów i wizyt lekarskich;

2) pytają o swoją chorobę osoby z podobnym stanem, następnie dokonują analizy treści i formy wypowiedzi i zawierbalnych;

⁶ Jak twierdzi F. Antonelli, prawda „może wzmocnić i hart ducha”. F. A n t o n e l l i, *Oblicza śmierci*, Kraków 1997, s. 10. Prawdy o zbliżającej się śmierci stworzyły wiekopopularne powieści: S. S c a l a, pisarz S t e w a r t A l s o p, tenisista L e a P e r i c o l i, a także F. C h o p i n a, J. S t o w a c k i e g o, J. G i e l n i a k a, A. S i l e s k i.

⁷ P o r. M. K n i g h t, D. F i e l d, *A Silent Cry*, *surgical ward*, Journal of advanced Nursing, t. 6, s. 10.

i wartości, wzmocnić wielkość i hart ducha, pogłębić więzi rodzinne i doświadczyć miłości. Prawda niekiedy może zainicjować pozytywne skutki terapeutyczne lub doskonalące⁶, ale to zależy od różnych czynników, m.in. od stopnia dojrzałości duchowej, wiary w przyszłą (pośmiertną) egzystencję, od kultury i osobowości pacjenta, niekiedy od sytuacji społecznej i rodzinnej (np. skłaniając ciężko chorą matkę do wyłączenia wszystkich sił w walce o życie ze względu na dzieci).

Wprawdzie w potocznym określeniu „duch w słabości się doskonali”, jednak owo doskonalenie wymaga pewnych warunków przygotowujących, choćby minimalnej refleksji nad własnym zaistnieniem, cierpieniem i śmiercią. Są przełomowe okresy w dziejach społeczeństw i narodów a także w życiorysach poszczególnych osób, które skłaniają do ogólnych rozważań nad kruchością i ulotnością ludzkiego życia. Nasza epoka – konformizmu i hedonizmu, wypierająca ze świadomości społecznej i jednostkowej budzące lęk doświadczenia, związane z faktem nieuchronnej śmiertelności – nie sprzyja nagminnemu kształceniu silnych osobowości, godnych kandydowania na świętych i bohaterów. Gdy życie w takich warunkach przestaje być pierwszą nauczycielką godnego umierania, stając się nauczycielką nieskrępowanego korzystania z wszelkich uciech doczesnych, wówczas trudno się dziwić, że tak rzadko można spotkać osoby spokojnie przyjmujące prawdę z werdyktem śmierci. Zbyt słaby, nieprzygotowany do śmierci duch współczesnego człowieka wraz z jego nadejściem bankrutuje, czego wyrazem jest przerażenie i głęboki szok psychiczny. Oswojenie pacjenta terminalnego z jego śmiercią staje się więc koniecznością naszych czasów.

Nie tylko prawda może porażać i niszczyć człowieka zbliżającego się do kresu swego życia, ale również jej brak, aczkolwiek w tym ostatnim przypadku, skutki są zazwyczaj mniej szkodliwe, niż w pierwszym. Nie znający diagnozy i stanu zaawansowania swojej choroby pacjent, staje się podejrzliwy, drażliwy, ambiwalenty w reakcjach (wynikających z naprzemiennych stanów przygnębienia i nadziei). Czuje się osamotniony i duchowo opuszczony z powodu nieautentyczności kontaktów z lekarzem, personelem medycznym i rodziną, trzymających ze sobą tzw. zmowę milczenia. Nie mogąc liczyć na szczerość (której potrzebuje chociażby dla rozładowania nadmiaru rozpaczy) oraz na zrozumienie, może wybuchnąć gniewem lub złością bądź wyrazić okazywać niechęć i lekceważenie dla otaczających go osób. Nieraz jednak woli trwać w niepewności i zadreżać się swymi problemami, niż uzyskać pewność w rozpoznaniu, które odebrały mu nadzieję.

Oprócz pacjentów, którzy z lęku nie pytają o diagnozę, są także tacy, którym na niej faktycznie zależy. Gdy nie mogą uzyskać oficjalnych informacji na ten temat od lekarza, stosują trzy strategie ich poszukiwania⁷:

1) wnioskuje na podstawie podsłuchanych rozmów na temat swego zdrowia, np. w czasie wizyt lekarskich;

2) pytają o swoją chorobę osoby z personelu medycznego (na ogół pielęgniarki) a następnie dokonują analizy treści i formy odpowiedzi oraz towarzyszących im znaków pozawerbalnych;

⁶ Jak twierdzi F. Antonelli, prawda „może wzmocniać obronę biologiczną, nadać nowy sens życiu”. Por. F. Antonelli, *Oblicza śmierci*, Kraków 1995, s. 48. Podany przez niego wykaz osób, które w obliczu prawdy o zbliżającej się śmierci stworzyły wiekopomne dzieła lub osiągnęły wielkie sukcesy (jak aktorka Delia Scala, pisarz Stewart Alsop, tenisista Lea Pericoli), można uzupełnić wieloma innymi przykładami (np. W. Mozarta, F. Chopina, J. Stowackiego, J. Gielniaka, A. Kępińskiego).

⁷ Por. M. Knight, D. Field, *A Silent Conspiracy: coping with dying cancer patients as an acute surgical ward*, *Journal of advanced Nursing*, t. 6, s. 225-228.

3) chwytają w pułapkę, tj. zadają pytania o to samo różnym osobom; gdy informacje są sprzeczne, wnioskuje z tego, że są okłamywani.

Z wielu badań wynika, że jeśli pacjentowi rzeczywiście bardzo zależy na prawdzie, to nie przeszkodzi mu w tym strategia ochronna w postaci zmywu milczenia.

Przed podjęciem decyzji poinformowania pacjenta, należy wziąć pod uwagę fakt, że może on robić wrażenie „twardego”, spokojnego i zdecydowanego, chociaż w istocie pragnie być tylko uspokojony w obawach. Poza tym, lekarz najczęściej nie jest w stanie przewidzieć jego reakcji naprawę, gdyż zazwyczaj na tyle go nie zna (może z wyjątkiem lekarza rodzinnego). Nawet sam pacjent nie może być pewny jak się zachowa w takiej sytuacji, w jakiej przecież nigdy wcześniej nie był. Zresztą niewiele jest osób, które – idąc za wskazaniem Sokratesa – chcą poznawać swój świat wewnętrzny i poszerzać go o prawdy oczywiste, lecz trudne do przyjęcia.

Jeśli obaj (pacjent i lekarz) przeceniają swoje możliwości w tym zakresie, łatwo może dojść do rozczarowania i tragedii.

Tylko wtedy, gdy nie ma innego sposobu, by nakłonić pacjenta do leczenia się, można powiedzieć mu prawdę. Zdaniem J. Brehanta powinno się to uczynić w trzech sytuacjach: 1) gdy jest szansa alternatywnego leczenia, równorzędnego co do wyników, lecz różnego pod względem wyrzeczeń ze strony pacjenta; 2) gdy – jak w przypadku wolno rozwijających się guzów – chodzi o wybór między leczeniem kaleczącym lub zniewalającym a jedynie paliatywnym lub całkowitym zaniechaniem terapii; 3) gdy powaga rokowania wymaga terapii bardzo ryzykownych, np. podaży niebezpiecznych albo niesprawdzonych na człowieku leków.

W celu skłonienia chorego do operacji lub przygotowania go do poznania prawdy, lekarz może korzystać z pośrednictwa jego rodziny.

Warto też pamiętać, że opóźnione przekazanie informacji o stadium choroby (lub nie poinformowanie o tym) może otworzyć przepaść między lekarzem a pacjentem; może uczynić pierwszego z nich niewolnikiem sytuacji, w której coraz więcej prawd będzie musiał zatajać, zaś drugiego – gdy sam dotrze do ukrywanych przed nim informacji – może doprowadzić do rozpaczki lub samobójstwa.

Są chorzy, z którymi można rozmawiać otwarcie, i są tacy, z którymi trzeba rozmawiać otwarcie. I na odwrót, są chorzy, których utrata nadziei pogrążyłaby w zamknięcie. W takich wypadkach obowiązkiem lekarza będzie kierowanie się sercem, nawet gdyby to było z uszczerbkiem dla rozsądku. A jego życzeniem będzie, by rodzina chorego zechciała nieść z nim ciężar tej tajemnicy⁸.

Sprawa jest zbyt skomplikowana, aby ją ująć w sztywne schematy postępowania. Jedni pacjenci „chcą być oszukiwani a inni chcą po prostu wiedzieć. Prawda może być szkodliwa dla jednego pacjenta a stanowić dobro dla innego”⁹. Nie w każdym przypadku lekarz może trafnie określić stopień tej szkodliwości, podobnie jak nie zawsze potrafi przygotować chorego do przyjęcia prawdy lub we właściwy sposób ją przedstawić. Jak wynika z przeprowadzonych badań, lekarze nie są zainteresowani śmiercią, najbardziej się jej boją i na ogół niechętnie występują w roli sędziego ogłaszając wyrok-diagnozę: „Osiemdziesięciu lekarzy na stu (80%) odpowiedziało „nie” na pytanie, czy nieuleczalnie chorego pacjenta powinien być przez nich poinformowany o zbliżającej się śmierci; ale 83% śmiertelnie chorych powiedziało, że chcą wiedzieć”¹⁰. Niechęć lekarzy do komunikowania im prawdy może wy-

⁸ J. Brehant, *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*, Warszawa 1993, s. 68.

⁹ F. Antonelli, *Oblicza śmierci*, dz. cyt., s. 52

¹⁰ Tamże, s. 53

nikać z humanitarnej potrzeby oszczędzić także może mieć źródło w osobistym lenieniu takiego typu zadań (jakoby przez Inną przyczyną bywa prezentowany pr są skłonni uczestniczyć w informowan

„okłamywanie i stworzenie iluzji może go śmierć, może by się nawrócił, zjednoc

Niekiedy rodzina pozbawia chorego n się „przestraszy”. Nawet gdyby istotnie wieczności?”¹¹

W kwestii informowania pacjentów lennicy pewnej prawdy za wszelką cen stanowisko m.in. obowiązkiem prawdo cego oraz praw pacjenta; z kolei ich o którzy etycy) opowiadają się za nieuj ewentualnie za podawanie jej subiektyw kiwań chorego, motywując swe stanow domówności.

Polscy lekarze – podobnie jak ich z terminalnie o ich stanie, odwołując się o połowa z nich (60%) uważa pełne inf opinię wyraża 76,7% badanych pacjent dziano prawdę nie skarżyli się z tego p właściwej formie informowania (bez u w postaci korytarza) oraz krępującym w sów i zakres przekazywanych informac wpływające na stan psychiczny chorego

Wstępnymi warunkami zakomunik choroby są:

- 1) określenie jego możliwości per
- 2) uwzględnienie stopnia dojrzałoś
- 3) ustalenie, jak dużo pacjent wie c nozy (T. Świrydowicz)
- 4) sprawdzenie jak często prosił o
- 5) przewidywanie jego reakcji;
- 6) określenie aktualnego stanu psy
- 7) zgoda rodziny na rozmowę (J. B

Zakres przekazywanych informacji wrażliwości lekarza a dopiero w dalsz pytań. Odpowiedzi powinny być wyra

¹¹ W. Półtawska, *Lęk czy nadzieja?*, [Kraków] 1997, s. 54.

¹² B. Dobrowolska, *Zagadnienie pr publikowana praca magisterska, A M. Lublin, 1*

nikać z humanitarnej potrzeby oszczędzania ich psychiki przed nadmiernym stresem, ale także może mieć źródło w osobistym lęku przed śmiercią lub w nieprzygotowaniu do spełnienia takiego typu zadań (jakoby przekraczających zakres ich „normalnych” obowiązków). Inną przyczyną bywa prezentowany przez każdego z nich światopogląd, np. lekarze katolicy są skłonni uczestniczyć w informowaniu, sądząc, że

„okłamywanie i stworzenie iluzji może być krzywdą wyrządzoną człowiekowi, który wiedząc, że czeka go śmierć, może by się nawrócić, zjednoczyć z Bogiem [...]”.

Niekiedy rodzina pozbawia chorego możliwości pojednania z Bogiem, bo uważa niesłusznie, że chory się „przestraszy”. Nawet gdyby istotnie się przestraszył, to cóż oznacza chwila strachu wobec całej wieczności?¹¹

W kwestii informowania pacjentów terminalnych o ich stanie nie ma zgody: zwolennicy pewnej prawdy za wszelką cenę (zwłaszcza prawnicy i teolodzy) uzasadniają swe stanowisko m.in. obowiązkiem prawdomówności, poszanowaniem praw człowieka wierzącego oraz praw pacjenta; z kolei ich oponenti (najczęściej lekarze, psychologowie oraz niektórzy etycy) opowiadają się za nieujawnianiem lub częściowym ujawnianiem prawdy, ewentualnie za podawaniem jej subiektywnego obrazu, zależnego w dużym stopniu od oczekiwań chorego, motywując swe stanowisko negatywnymi skutkami (szkodliwością) prawdomówności.

Polscy lekarze – podobnie jak ich zachodni koledzy – niezbyt chętnie informują chorych terminalnie o ich stanie, odwołując się do ich dobra, chociaż – jak wynika z badań¹² – ponad połowa z nich (60%) uważa pełne informowanie za działanie etyczne słuszne. Podobną opinię wyraża 76,7% badanych pacjentów terminalnych. Chociaż pacjenci, którym powiedziano prawdę nie skarżyli się z tego powodu, jednak zdecydowanie sprzeciwiali się niewłaściwej formie informowania (bez uprzedniego przygotowania), doborowi miejsca (np. w postaci korytarza) oraz krępującym warunkom (w obecności innych osób). Miejsce, sposób i zakres przekazywanych informacji to czynniki niezwykle ważne, gdyż bezpośrednio wpływające na stan psychiczny chorego i jego poczucie wartości.

Wstępnyymi warunkami zakomunikowania prawdy pacjentowi w terminalnym stadium choroby są:

- 1) określenie jego możliwości percepcyjnych, zdolność do zrozumienia informacji;
- 2) uwzględnienie stopnia dojrzałości duchowej (miernikiem może być dystans do siebie i choroby, pogodzenie z losem, głęboka wiara religijna);
- 3) ustalenie, jak dużo pacjent wie oraz ile chciałby wiedzieć na temat diagnozy i prognozy (T. Świrydowicz)
- 4) sprawdzenie jak często prosił o prawdę;
- 5) przewidywanie jego reakcji;
- 6) określenie aktualnego stanu psychicznego;
- 7) zgoda rodziny na rozmowę (J. Brehant, T. Świrydowicz).

Zakres przekazywanych informacji powinien przede wszystkim zależeć od sumienia i wrażliwości lekarza a dopiero w dalszej kolejności od liczby stawianych przez chorego pytań. Odpowiedzi powinny być wyrażone jasno, lecz w formie zrozumiałej i oględnej.

¹¹ W. Półtawska, *Lęk czy nadzieja?*, [w:] M. Renkielska (red.), *Medycyna i teologia o życiu i śmierci*, Kraków 1997, s. 54.

¹² B. Dobrowolska, *Zagadnienie prawdy u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową*. Niepublikowana praca magisterska, A.M. Lublin, 1997, s. 61.

ze zbyt trudnej dla niego sytuacji psychicznej poprzez, m.in. wyjaśnienie mu istoty jego problemów i towarzyszących im reakcji oraz wskazanie sposobów radzenia sobie z nimi. W rozmowie terapeutycznej ważna jest (1) umiejętność wczucia się w jego położenie i stan psychiczny (tzw. empatia) oraz (2) pełna ekspresja emocjonalno-uczuciowa z ujawnieniem jej przyczyny. Od tych czynników w dużym stopniu zależy skuteczność tej rozmowy¹⁸. Nie wolno jej mylić z nstawioną na zmianę osobowości psychoterapią, na którą nie pozwala fizyczne wyczerpanie pacjentów terminalnych i krótki czas ich życia.

Rozmowa terapeutyczna jest najbardziej wskazana w stanach silnego lęku tanatologicznego (tj. lęku przed śmiercią) przygnębienia, poczucia winy i małowartościowości, przy korzystaniu z mechanizmu zaprzeczania i odmawianiu współpracy z personelem medycznym¹⁹.

Gdy chory panicznie lęka się zgonu, najpierw trzeba ustalić posiadany przez niego obraz śmierci (wszak bywa, że wyobrażenie może być groźniejsze od samego procesu agonii!), następnie należy rozproszyć nadmierne obawy, przypomnieć o możliwości farmakologicznego złagodzenia uciążliwych objawów,

zapropionować lekturę, kontakt z osobą duchowną lub jeśli sami mamy ugruntowaną postawę wobec śmierci i »tego, co potem«, możemy podzielić się własnymi przemyśleniami na ten temat. Ważne, żebyśmy byli w tym autentyczni [...]. W pracy nad lękiem bardzo ważne jest budzenie nadziei²⁰.

ponieważ jest ona przeciwieństwem lęku. Lęk można złagodzić przez jego projekcję na zewnątrz (wyrzucenie go z siebie, „rozproszenie”), tj. poprzez ekspresję uczuć negatywnych. Podobny rezultat można osiągnąć dzięki wydatnemu złagodzeniu objawów chorobowych oraz pełnej poświęcenia opiece. Takie postępowanie jest również pomocne w eliminacji przygnębienia, zwłaszcza przewlekłego, występującego w depresji. Przygnębienie może wynikać z poczucia małowartościowości (czasem bezwartościowości), jak również z uzasadnionego poczucia winy.

Pomoc w takim przypadku polegałaby na spowodowaniu odreagowania przykrego stanu w szczerzej rozmowie (nawet płacz może przynieść ulgę), odwrócenie uwagi od choroby przez dowartościowanie chorego przez przypomnienie mu o jego różnych sukcesach życiowych. Gdy pacjent odmawia współpracy, należy uszanować jego wolę, zapewniając o swej życzliwości i dyspozycyjności, kiedy zaś sam porusza kwestię śmierci, trzeba ją podjąć (przełamując nawet własną niechęć) lub zaproponować inną, bardziej kompetentną w tym temacie osobę.

4. PRZYGOTOWANIE DO ŚMIERCI JAKO DUCHOWA POMOC W OPANOWANIU *ARS MORIENDI* (SZTUKI DOBREGO UMIERANIA)

Dobra śmierć, to śmierć naturalna (nie przyspieszona ludzką ingerencją), bez lęku, poprzedzona właściwym przygotowaniem, o łagodnym, bezbolesnym przebiegu agonii (z gr. *agon* – zawody sportowe, walka), dokonana w atmosferze wiary, miłości i nadziei na osobowe przetrwanie. Obecnie w opiece paliatywnej coraz więcej się mówi o konieczności udzielania pacjentom pomocy w przygotowaniu do śmierci.

Trzeba w tym miejscu podkreślić, że przygotowania do śmierci nie należy utożsamiać z tzw. przezwyjężaniem śmierci. Ponieważ śmierć każdego człowieka jest niezależną od

¹⁸ Por. K. de Walden-Gałuszkó, *U kresu*, dz. cyt., s. 94.

¹⁹ Tamże, s. 95.

²⁰ J.w.

jego woli koniecznością, więc nie ma żadnego ludzkiego sposobu na jej przewyciężenie (zniesienie). Przewyciężanie śmierci jest zatem zwykłą – choć użyteczną – fikcją. Dlatego użyteczną (zdaniem niektórych osób), ponieważ eliminuje nie tyle lęk przed śmiercią, co rozmyślanie o niej; stanowi w istocie zawoalowany przejaw mechanizmów psychicznej samoobrony: wyparcia realnego lęku do podświadomości oraz jego zastępcze – wyrozumowane – zlikwidowanie. Wyparte lęki tanatologiczne mogą wszakże w każdej chwili, zwłaszcza niosącej zagrożenie życia, powrócić z jeszcze większą siłą, ukazując bezsens dokonanej wcześniej racjonalizacji. Wszelkie próby przewyciężania śmierci z góry skazane są na niepowodzenie, świadcząc jedynie o nieprzygotowaniu do śmierci i potrzebie nieśmiertelności swych autorów.

Przygotowanie do śmierci, to często długotrwały proces przeobrażeń wewnętrznych, ściśle powiązany z osobowością, treściami życia wewnętrznego i doświadczeniami zewnętrznymi. Zapoczątkowany najważniejszym egzystencjalnym pytaniem – „dlaczego muszę teraz umrzeć?” – wywołuje on lawinę pytań typu filozoficznego, religijnego i etycznego. Pytania te świadczą o głębokiej potrzebie odnalezienia przez chorego wyższych racji dla swego zaistnienia w świecie, przemijania i odejścia. Czynnikiem niejako „napędowym”, skłaniającym do refleksji jest wydobyty z podświadomości lęk przed śmiercią. Ujawnia się on jako lęk 1) przed unicestwieniem jednostki ludzkiej (jakby jej rozplątaniem się w nicości), 2) przed wszechobejmującym cierpieniem, z natężeniem w chwili agonii, 3) przed samą agonią, jako przejściem ze stanu znanego w zupełnie nieznanym, 4) przed Wielką Nieświadomością dla osoby w przypadku jej osobowego przetrwania oraz 5) przed ewentualnym sądem Bożym i karą za świadomie popełniane w życiu zło. Wymienione odmiany lęku mogą być przeżywane w różny sposób i z różną intensywnością w zależności od wielu czynników, np. od wieku pacjenta, stopnia rozwoju duchowego, oswojenia ze śmiercią, wiary religijnej itp. Chciał lęki te w pierwszej chwili powodują olbrzymi stres, zakłócają zdolność panowania nad emocjami i racjonalnego myślenia oraz działają dezintegrująco na treści życia wewnętrznego (stawiają pod znakiem zapytania dotychczasowy cel życia i podporządkowaną mu hierarchię wartości), to jednak stopniowo – poprzez skłanianie do stałej intensywnej refleksji – przyczyniają się ostatecznie do integracji duchowej (pozytywnej), której towarzyszy uporządkowanie indywidualnych doświadczeń na wyższym od wcześniejszego poziomie. Przejście od dezintegracji negatywnej do pozytywnej wiąże się ze zmniejszeniem natężenia lęków tanatologicznych a przez to świadczy pośrednio o rozwoju duchowym danej osoby.

Przygotowanie do śmierci może być ujmowane jako: 1) proces zmierzający do założonego celu – pogodzenia się z losem lub wolą Boga, 2) stan świadomości, w którym cel ten jest już osiągnięty (mówimy wówczas, że ktoś jest przygotowany do śmierci) lub też jako (3) udzielana w obliczu śmierci pomoc duchowa, prowadząca do przyspieszonego rozwoju i uzyskania takiego stopnia dojrzałości wewnętrznej, którego skutkiem jest radykalne zmniejszenie a nawet eliminacja lęku przed śmiercią. Celem przygotowania do śmierci – podkreślam – jest więc rozwój, zaś zniesienie lęku niejako ubocznym tego skutkiem. Spokój wewnętrzny a nawet swoiste poczucie szczęścia, któremu nie towarzyszy lęk przed jego utratą, to inne skutki owego rozwoju.

Przygotowanie do śmierci jako dochowa pomoc pacjentowi w stanie terminalnym w opanowaniu *ars moriendi*, a ściślej mówiąc – pomoc w jego przyśpieszonym rozwoju wewnętrznym, to wspomaga z zewnątrz autokreacja. Osoby udzielające takiej pomocy (np. w ramach instytucjonalnego, tj. prowadzone przez instytucje i ośrodki opieki paliatywnej,

przygotowania do śmierci) powinny spełnić dobrze poznać istotne potrzeby umierających, poznać proces przeobrażeń autokreacyjnych, gotowywania do śmierci. Proces ten obejmuje etap dręczących pytań (zaczynających się często towarzyszy szok psychiczny, konieczności szukania odpowiedzi; 2) etap pierwszy – analiza i ocena, nie zaś mechanicznych nastrojów, targowanie się z losem i Bogiem. Na etapie tym pacjent przestaje liczyć na cud, nie doświadcza a nie otrzymuje żadnej formy mechanizm kompensacji, załamuje się, nie wierzy w prawd ostatecznych, w którym umierających co było dla niego istotne. Chociaż nie licząc z reguły subiektywnie przekonany o życiu przygotowuje się do niego). Korzystając z najbliższymi. Wybacza, radzi, zastawia grzebu, spisuje testament i żegna się ze światem. ności od życia, akceptacja śmierci, brak lęku niający się w pogodnym nastroju.

Aby skutecznie pomagać innym w przygotowaniu do śmierci, to głęboką miłość do bliźniego i potrzebę pomocy, szczególnie jednak trzeba (d) samemu być przygotowanym do śmierci.

I to nie tylko przygotowanym emocjonalnie, ale i intelektualnie. Dzieci na stawiane przez umierających pytania, przekonanie o istnieniu tego sensu daje im siłę do przeżycie religijnej więzi z Bogiem i doświadczenia. Podkreśla to w swoich wypowiedziach C. Saunders, że przygotowaniu pacjenta w stanie terminalnym.

Chociaż wizja lekarza jako miłośnika życia, co nie oznacza, że w przyszłości nie stanie się z umierającymi. Bardziej sceptycznie wyraża się K. Dąbrowskiego. W artykule pt. *Zdrowie i śmierć*. „Czy powinniśmy przejść „szkołę śmierci”? Ludzie chorzy skazani w krótkim czasie na śmierć, przygotowani do głębszego przeżywania życia, sposób najbardziej autentyczny do niej przygotowania się śmierci nie może – w ogromnej większości – być nie przygotowanej. I tutaj (podkreśla Dąbrowski).

Jest wymagane zasadnicze – oceny: po rozmawiania z nią o śmierci. Trzeba to zostawić.

²¹ Por. C. Saunders, *Chwila prawdy – opowieść o życiu i śmierci*, W. Piątkowski, *Socjologia medycyny*.

²² W. Półtawska, *Lęk czy nadzieja?*, dz.

przygotowania do śmierci) powinny spełniać następujące (podstawowe) warunki: a) powinny dobrze poznać istotne potrzeby umierającego, widziane od jego, subiektywnej strony; b) poznać proces przeobrażeń autokreacyjnych dokonywanych w fazie bezpośredniego przygotowywania do śmierci. Proces ten obejmuje trzy etapy, którymi – modelowo – są: 1) etap dręczących pytań (zaczynających się zazwyczaj od słów „dlaczego?” i „czy?”), któremu często towarzyszy szok psychiczny, koncentracja na sobie i duże zdeterminowanie do poszukiwania odpowiedzi; 2) etap pierwszych ogólnych odpowiedzi (pogłębionych wnikliwą analizą i oceną, nie zaś mechanicznych i powierzchniowych). Etap ten cechuje zmienność nastrojów, targowanie się z losem i Bogiem, potrzeba prowadzenia rozmów o śmierci. W etapie tym pacjent przestaje liczyć na cud medyczny licząc jeszcze na cud Boży. Gdy go nie doświadcza a nie otrzymuje żadnej formu duchowej pomocy, która wspierała by w nim mechanizm kompensacji, załamuje się, ma obniżony nastrój i popada w depresję; 3) etap prawd ostatecznych, w którym umierający już prawie o nic nie pyta, bo wie o wszystkim, co było dla niego istotne. Chociaż nie liczy już na żaden cud i ma przeczucie śmierci, jest z reguły subiektywnie przekonany o życiu przyszłym (marzy o nim, wyobraża go sobie i przygotowuje się do niego). Korzystając z „podarowanego czasu”, próbuje aktywnie i pozytywnie, kształtować, a niekiedy poprawiać swoje relacje z innymi osobami, szczególnie z najbliższymi. Wybacza, radzi, zastawia ostatnie polecenia i prośby m.in. dotyczące pogrzebu, spisuje testament i żegna się ze wszystkimi. Etap ten charakteryzuje poczucie wolności od życia, akceptacja śmierci, brak lęków tanatologicznych i spokój wewnętrzny ujawniający się w pogodnym nastroju.

Aby skutecznie pomagać innym w przygotowaniu do śmierci trzeba także (c) odczuwać głęboką miłość do bliźniego i potrzebę ofiarowania mu części siebie i swego czasu, szczególnie jednak trzeba (d) samemu być przygotowanym duchowo do pożegnania się ze światem.

I to nie tylko przygotowanym emocjonalnie, ale intelektualnie, umiejąc np. odpowiedzieć na stawiane przez umierających pytania dotyczące sensu życia i śmierci. Głębokie przekonanie o istnieniu tego sensu daje im przecież dużą ulgę psychiczną, podobnie jak przeżycie religijnej więzi z Bogiem i doświadczenie miłości od personelu i najbliższych. Podkreśla to w swoich wypowiedziach C. Saunders²¹. W. Półtawska²² stwierdza, że przygotowaniu pacjenta w stanie terminalnym do śmierci powinien uczestniczyć lekarz.

Chociaż wizja lekarza jako miłosiernego Samarytanina wydaje się dziś być odległą, co nie oznacza, że w przyszłości nie stanie się elementem codziennej rzeczywistości w pracy z umierającymi. Bardziej sceptycznie wygląda obraz przygotowania do śmierci w ujęciu K. Dąbrowskiego. W artykule pt. *Zdrowie psychiczne i problem śmierci* pyta i odpowiada: „Czy powinniśmy przejść „szkołę śmierci”, a zatem – czy należy nas uczyć umierania? [...]. Ludzie chorzy skazani w krótkim czasie na śmierć, są – w większości przypadków – nieprzygotowani do głębszego przeżywania śmierci. – A zresztą – któż jest czy może być w sposób najbardziej autentyczny do niej przygotowany?”, natomiast sam moment zbliżania się śmierci nie może – w ogromnej większości przypadków – przetrworzyć osoby do niej nieprzygotowanej. I tutaj (podkreśla Dąbrowski – L.P)

Jest wymagane zasadnicze – oceny: poziomu przygotowania osobowości do śmierci i potrzeby rozmawiania z nią o śmierci. Trzeba to zostawić chorym i ich inicjatywom [...]. Gdzież mamy takich, którzy

²¹ Por. C. Saunders, *Chwila prawdy – opieka nad człowiekiem umierającym*, [w:] M. Chodkowska, W. Piątkowski, *Socjologia medycyny. Wybór tekstów*, Lublin 1983

²² W. Półtawska, *Lęk czy nadzieja?*, dz. cyt., s. 40.

potrafią miarodajnie o niej mówić, którzy potrafią dać umierającym coś autentycznego w tej materii. Musieliby to być mędrcy lub święci, a nie trochę zaledwie czytani w tej materii psychologowie czy lekarze. Wobec braku doboru i braku wykształcenia w tym zakresie przedstawicieli kleru – niewielu z nich nadaje się do uświadomienia i przygotowania do śmierci²³.

Autor jest przekonany, że „jednostki wybitne same sobie poradzą, stojąc u progu śmierci”. Wybiorą sobie sami kogoś z najbliższych z kim mają głębokie przyjacielskie porozumienie aby o tym mówić, albo razem z nim milczeć.

Taka właśnie filozofia czy psychoterapia „śmierci” będzie najprostrza i [...] odpowiadająca wymogom zdrowia psychicznego. Takiej filozofii domagali się S. Kierkegaard, Miquel de Unamuno, Władysław Dawid – jeżeli wybierze się tylko niektórych z nich. Oni uważali, że nie ma mądrości życia, bez mądrości w stosunku do śmierci i że, esencja jednej wzmacnia i pogłębia drugą²⁴.

Przygotowany do śmierci człowiek mógłby powtórzyć za Sokratesem (i zaświadczyć postępowaniem), że „samemu umierania nikt się nie boi, kto nie jest doszczętnie z rozumu obrany i z odwagi, ale się krzywdy drugich boi”. Nie tylko w dialogu Platona rozgrywa się walka między dwoma przeciwstawnymi stanowiskami na życia i jego wartości, na dobro i zło. Walka ta staje się udziałem każdego myślącego i poszukującego prawd ostatecznych człowieka, zwłaszcza umierającego. W walce tej umierający nie powinien być sam.

²³ K. Dąbrowski, *Zdrowie psychiczne i problem śmierci*, [w:] „Zdrowie Psychiczne” 1980, nr. 4 (R XXI), s. 16-17.

²⁴ Tamże.

JAROSŁAW BARAŃSKI
Akademia Medyczna we Wrocławiu

CHICHOT ZA INFANTYLIZACJA I FETYSZYZM KULTUROWY

W animowanym filmie „Mrówka Ze przed królową mrowiska swoje uczestniczącą mrówkę, zwracając się do niej: „Umierając z przebiegłym uśmiechem: „Prawdę mówiąc, śmierci za plecami”. W tej krótkiej wykładzie do śmierci we współczesnej kulturze: błąd kulturowy dla wieku dziecięcego, które wymaga powagi, ośmieszona w żarcie jest zabijać ją kulturowego znaczenia. Dlaczego mowa o dawnej? Nie dlatego, że jest choć odrobinę jak dawniej. Możemy to robić, ponieważ, niż nasi przodkowie.

Odarcie śmierci z atrybutów sakralnych przypisał jej rekwizyty wielu uczestników. Na poprzednich konferencjach omówiono, który może wyznaczyć jeszcze jedną przynajmniej pogłębiającą wyjaśnienie do świadomości uczestników kultury masowej jednej fundamentalnej postawy: życie, które sprawiają radość i przyjemność; doświadczeniem śmierci, zostaje wykluczone chotem, który budzi niechęć i pogardę do pośrednio wpisać w zakres partykularny, nie leży w psychopatologii współczesnej współczesności, określających nasz stosunek do życia i jego podstawie – fetyszyzmie duchowej współczesnego człowieka, w

Aktywność ta nosi cechy regresji kulturalnej, iż współczesny człowiek nie tyle nie ro