

Waldemar Chrostowski

Godność człowieka umierającego : potrzeby duchowe

Collectanea Theologica 69/4, 97-115

1999

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

WALDEMAR CHROSTOWSKI, WARSZAWA

GODNOŚĆ CZŁOWIEKA UMIERAJĄCEGO – POTRZEBY DUCHOWE

Pamięci Kazi

W spojrzeniu na śmierć ścierają się dwa poglądy. Zgodnie z jednym śmierć jest częścią życia, zatem trzeba ją przyjąć tak, jak przyjmuje się i przeżywa całe życie. Według drugiego śmierć nie jest częścią życia, ale czymś radykalnie odmiennym jako doświadczenie, którego natury w ogóle nie znamy¹. Tak czy inaczej śmierć jest procesem, dłuższym lub krótszym obumieraniem i umieraniem. Rację mają zapewne zwolennicy obydwu poglądów. Człowiek zostaje poczęty w łonie matki i rodzi się jako śmiertelny, ale mimo że jesteśmy tego świadomi i przez całe życie widzimy, że inni odchodzą, perspektywa własnej śmierci budzi w nas szczególny lęk, najbardziej egzystencjalny i sięgający najgłębszych pokładów jestestwa. Dzieje się tak przede wszystkim wtedy, gdy uświadamiamy sobie jej bliskość bądź gdy ją przeczuwamy, lub się jej obawiamy.

W obliczu śmierci szczególnie znaczenia nabiera troska o godność. Trudno jednoznacznie rozstrzygnąć, czym jest godność, lecz mówiąc najkrócej, chodzi o świadomość i poczucie własnej wartości. Nikt nie wątpi, że dotkliwe i silne kryzysy pojawiają się i nasilają w sytuacji choroby terminalnej i umierania. Tak jak całe życie, również choroba i śmierć powinny być godne, a więc nie odbierać terminalnie choremu poczucia własnej wartości. Skoro medycyna na różne sposoby pomaga wszystkim chorym, należy szczególnie dowartościować opiekę paliatywną, czyli tę w ostatnim okresie życia człowieka zbliżającego się ku bliskiej i nieuchronnej śmierci; jednym z jej głównych aspektów jest wszechstronna troska o godność umierającego.

¹ Szerzej zob. rozdział *Death with Dignity Ideologies* w: P. Ramsey, *The Indignity of „Death with Dignity”* w: S.E. Lammers, A. Verhey (red.), *On Moral Medicine, Theological Perspectives in Medical Ethics*, Grand Rapids, Mi 1989, s. 186-190.

Umieranie jako czas pokusy

Człowiek bliski śmierci na ogół zdaje sobie sprawę, że umiera. Świadomość ta skłania go do odniesienia swojego stanu i sytuacji do całego życia. Sprzyja to stawianiu pytań, na które wcześniej nie było czasu bądź sposobności, aby je poważnie rozważyć. Są to przede wszystkim pytania o sens wszystkiego, przy czym ich natężenie i charakter są zmienne. W znacznej mierze zależą one od tego, w jakim okresie życia przychodzi nam się z nim rozstać. Dobrze rozeznanie o związanych z tym dylematach daje fragment traktatu z Talmudu, w którym znalazła odzwierciedlenie tradycyjna mądrość żydowska:

„Kto umiera przed pięćdziesiątym rokiem życia, został zabrany przedwcześnie;

W wieku lat pięćdziesięciu dwóch: to wiek Samuela z Rama²;

Lat sześćdziesiąt: to śmierć, o której mówi Pismo Święte: «Dojrzały zejdziesz do grobu, jak snopy zbierane w swym czasie» (Hi 5,26);

Lat siedemdziesiąt: to śmierć (owoc) miłości Bożej, bo jest powiedziane: «Miarą naszych lat jest lat siedemdziesiąt» (Ps 90,10);

Lat osiemdziesiąt: to śmierć «mocnego», bo mówi się: «lub, gdy jesteśmy mocni, (lat) osiemdziesiąt» (Ps 90,10);

Podobnie Barzillaj powiedział Dawidowi: «Liczę obecnie osiemdziesiąt lat. Czy potrafię rozróżnić między tym, co dobre, a tym, co liche? (Czy sługa twój potrafi zasmakować w tym, co zje lub wypije? Czy potrafi wsłuchiwać się w głos śpiewaków i śpiewaczek? Po cóż sługa twój ma być jeszcze ciężarem dla pana mego, króla?)» (2 Sm 19,36).

Później życie staje się już udręką³.

Zapewne nie ma i nie będzie zgody co do tego, czy życie po osiemdziesiątce naprawdę stanowi dla człowieka udrękę. Nie ulega natomiast wątpliwości, że wiek, w jakim ktoś umiera, ma ogromny wpływ na stan psychiczny i duchowy terminalnie chorego, a także na zapatrywania i podejście otoczenia, które jest świadkiem jego odchodzenia i śmierci. Istnieje śmierć przedwczesna, postrzegana jako niesprawiedliwość – w pewnych wypadkach rażąca, – oraz krzywda rodząca trudne pytania i pro-

² Chodzi o ostatniego sędziego biblijnego Izraela, o którym opowiada Pierwsza Księga Samuela 1,1 – 25,1. W tradycji żydowskiej przyjmuje się, że zmarł w wieku 52 lat.

³ Cytat pochodzi z traktatu *Semachot, Radości*, co jest eufemistycznym określeniem czasu żałoby i oplakiwania; przekład własny z tekstu angielskiego zamieszczonego w: L. R. Kass, *Averting One's Eyes, or Facing the Music? On Dignity and Death*, w: *On Moral Medicine*, s. 208.

blemy, które nie pojawiają się, gdy śmierć następuje w późniejszym wieku. Biblia ustala granicę na około sześćdziesiąt lat, traktując ją jako wiek „dojrzały”. Współcześnie cykl biologiczny człowieka pozwala przesunąć ją o kilkanaście lat. A przecież od czasów biblijnych, czyli około dwóch tysięcy lat, słowa psalmisty pozostają nadal równie aktualne: „Miarą naszych lat jest lat siedemdziesiąt, lub, gdy jesteśmy mocni, osiemdziesiąt” (Ps 90,10).

Człowiek, który umiera przed granicą wyznaczającą czas trwania ludzkiego życia, staje wobec specyficznych oraz wyjątkowo bolesnych dylematów i wyzwania. Potrzebuje więc odpowiedniego do swojej sytuacji wsparcia duchowego. Nie znaczy to, że człowiek starszy przyjmuje perspektywę bliskiej śmierci zupełnie spokojnie. Nawet dla wielu najstarszych osób, które znacznie przekroczyły wzmiankowany w Biblii próg osiemdziesiątki, zbliżająca się śmierć jest zbyt wczesna i nie do zaakceptowania. Dzieje się tak zwłaszcza wtedy, gdy ich życie było do końca świadome i aktywne, gdy czuli się potrzebni i niezastąpieni. Czasami otoczenie podziela to przekonanie, częściej opinie innych, również osób bliskich – aczkolwiek na ogół skrzętnie ukrywane – są odmienne. Dramat umierającego pogłębia się, gdy w jakikolwiek sposób odczuwa to czy podejrzewa.

W życiu powinno być miejsce na rzetelne i roztropne przygotowanie się do śmierci. Można się spodziewać, że pozwoli to łatwiej i godniej sprostać wyzwaniom, przed jakimi staje umierający człowiek, jego rodzina i opiekujący się nim personel medyczny. Tymczasem we współczesnym społeczeństwie, wskutek konsumpcyjnego stylu życia, nastawionego na doraźne używanie, właśnie pod tym względem jest coraz więcej do zrobienia. Myśl o śmierci i rzeczywistość śmierci są starannie odsuwane na margines życia społecznego i indywidualnego, a ludzie umierający i zmarli są niemal zupełnie izolowani od społeczeństwa. Ale gdyby nawet istniało zdecydowanie więcej tak potrzebnej wiedzy i wrażliwości w tej dziedzinie, śmierć i tak będzie stanowić dotkliwą i radykalną konfrontację ze wszystkim, co wiemy i przyjmujemy. Wyniku tej konfrontacji nie sposób przewidzieć nawet po najdłuższym i najlepszym przygotowaniu do niej. Decydujące znaczenie ma fakt, że śmierć jest odejściem i zerwaniem wszystkich dotychczasowych więzi, jakie zapewniały człowiekowi tożsamość i dawały mu poczucie bezpieczeństwa. Godność człowieka umierającego zależy w dużym stopniu od tego, czy potrafi on przewyciężyć dylematy związane z perspektywą radykalnego odejścia.

Umierający człowiek koncentruje się przede wszystkim na sobie i swoim wnętrzu. Perspektywa bliskiej śmierci wywołuje zazwyczaj złożony kryzys duchowy, który ma kilka wymiarów. Pierwszy to głęboki kryzys tożsamości, wynikający z narastania radykalnie odmiennego położenia terminalnie chorego człowieka, które nie przystaje do całości jego doświadczenia życiowego. Chodzi przede wszystkim o postępujące zniechęcenie umysłowe, psychiczne i fizyczne. Człowiek przyzwyczajony do aktywności, której owocem były rozmaite osiągnięcia i satysfakcja życiowa, stwierdza coraz wyraźniej, że jego życie zmienia się bezpowrotnie i więdnie. Jego stan duchowy zależy w dużej mierze od tego, w jakim stopniu odczuwa satysfakcję i radość z tego, co udało mu się osiągnąć. Tymczasem osobiste rozeznanie w tej dziedzinie stanowi nie tylko wypadkową rzeczywistych sukcesów i porażek, lecz i owoc roztropności w ocenie własnego życia i jego owoców. Przyczyną wielkich cierpień może być egoizm, pycha albo zazdrość. Jeżeli terminalnie chory człowiek nie zdoła się z nich wyzwolić, stale i nieubłagane nasila się u niego wyniszczająca frustracja i zgorzknienie. Przeciwdziałanie tym zjawiskom bywa bardzo trudne. Wszelka skuteczna terapia i pomoc muszą sięgnąć do najgłębszych zakamarków ludzkiego wnętrza i sumienia, co nigdy nie jest łatwe i nie gwarantuje sukcesu. Jeżeli to możliwe, należy zalecać terminalnie choremu taki rodzaj aktywności, jaki może podtrzymać u niego dotychczasowe poczucie przydatności bądź nadać jego życiu nowy, nie znany przedtem sens. Dużą pomocą będzie dowartościowanie umierającego przez podkreślanie tego, co udało mu się osiągnąć; pomoc taka jest jednak owocem dłuższych i pogłębionych kontaktów. Nie należy sądzić, że dylematy i pragnienia związane z poczuciem spełnienia własnego życia mają wyłącznie osoby wykształcone i te, które zajmują wyższą pozycję w hierarchii społecznej. Również ludzie prości chcą uzyskać pewność, że ich życie nie było zmarnowane. A gdy dostrzegają, że oto zmienia się ono i bezpowrotnie kończy, przeżywają równie mocno rozterkę, czy w tej radykalnie zmienionej sytuacji nadal są jeszcze sobą.

Dotkliwy kryzys tożsamości jest też związany ze zmienionym, np. wskutek chemioterapii, wyglądem fizycznym. Spojrzenie w lustro rodzi dramatyczne pytanie, czy osoba, na którą patrzę, to w dalszym ciągu ja. Wiadomo, że istnieją zajęcia i profesje, w przypadku których wygląd ma znaczenie szczególne, a wtedy dramat osoby terminalnie chorej przekracza wyobraźnię. Lecz każdy człowiek jest wrażliwy na wszystko, co dotyczy jego wyglądu. Wyniszczająca organizm choroba terminalna czę-

sto niesie upokorzenie i wstyd. Powiększa je utrata kontroli nad czynnościami fizjologicznymi oraz widoczne, niemożliwe do ukrycia niedołęstwo bądź kalectwo. Poczucie upokorzenia nasila się, gdy umierający widzi konieczność całkowitego zdania się na innych, i to w najbardziej intymnych sferach życia i funkcjonowania. Wstyd daje o sobie znać, gdy musi się on pogodzić z ingerencją innych w sprawy i czynności, co do których zawsze miał zabezpieczoną prywatność. Może się wtedy pojawić pokusa rezygnowania bądź odpychania pomocy ze strony innych ludzi, a wskutek tego niebezpieczeństwo zrażenia do siebie osób nawet najbardziej życzliwych. Co się tyczy personelu medycznego, ważne jest, aby pamiętać, iż reakcje na niedogodności, kłopoty i trudności związane z opieką nad terminalnie chorymi nigdy nie mogą być równoznaczne z reakcjami na człowieka, który zamykając się w sobie bądź odrzucając pomoc, potrzebuje tym więcej cierpliwości i wyrozumiałości. Nie chodzi wyłącznie o sferę psychiczną, lecz o prawdziwą pomoc duchową, stanowiącą wyraz głębokiej dojrzałości i wrażliwości na duchowe potrzeby umierających.

Z kryzysem tożsamości łączy się również dotkliwy kryzys więzi międzyosobowych, także tych, które łączą umierającego z jego najbliższymi i rodziną. Paradoks polega na tym, że staje się on tym bardziej dotkliwy wtedy, gdy terminalnie chory człowiek wcześniej starał się polegać na sobie i stanowił – przynajmniej we własnym przekonaniu – niezbędne oparcie dla najbliższych. Zdając sobie sprawę z postępującego zniedołężnienia, wzbrania się teraz przed przyjmowaniem gości i znajomych, a nawet przed wizytami członków własnej rodziny. W takiej sytuacji jest ważne, aby mu pomóc w zaakceptowaniu choćby jednej osoby, do której ma pełne zaufanie i która może wspierać i łagodzić różne trudności i rozterki. Taka akceptacja jest na ogół odpowiedzią na akceptację jego trudnej sytuacji. Lecz i w tym względzie potrzeba wiele roztropności i wrażliwości. Zdarza się, że terminalnie chory człowiek coraz bardziej koncentruje się wyłącznie na jednej osobie, co w bliższej i dalszej przyszłości może skomplikować i utrudnić więzi rodzinne i przyjacielskie. W takich sytuacjach sporo do powiedzenia może mieć personel medyczny, dyskretnie ukierunkowując chorego i tych, którzy go odwiedzają.

W tym miejscu trzeba koniecznie podkreślić ważną potrzebę naprawy i zacieśnienia więzi z rodziną i najbliższymi, jeżeli taka – co się często zdarza – istnieje. Życie, szczególnie długie, jest na tyle skomplikowane, że mnożą się w nim sytuacje wymagające naprawy i przywrócenia zachwianej sprawiedliwości. Terminalnie chory człowiek na ogół ostrzej i przenikliwiej po-

strzeża rozmaite wydarzenia ze swego życia, nad którymi wcześniej przechodził do porządku dziennego. Zbliżająca się śmierć utwierdza go w przekonaniu, że są sprawy, których naprawić bądź odmienić się nie da. Pozostaje wtedy prośba o przebaczenie bądź wysiłek przebaczenia komuś⁴. Chodzi nie tylko o konflikty rodzinne, których rozwiązywanie jest niekiedy bardzo trudne, lecz i o rozmaite, czasami skrywane przed samym sobą, wydarzenia życiowe, o których umierający człowiek sądzi, że powinny się stać częścią uczciwego wewnętrznego obrachunku. Zdarza się, że nieuregulowane problemy utrudniają spokojną śmierć, a nawet przedłużają agonię, powodując prawdziwe zmagania duchowe. Ich świadkowie, w tym również najbliższa rodzina, powinni w takich przypadkach wykazać mnóstwo delikatności i dyskretnej wrażliwości.

„Ludzie lękają się oddzielenia od ciała, ponieważ znają życie tylko w swoim ciele i przez nie. Lękają się oddzielenia od wspólnoty, ponieważ znają życie tylko w niej i przez nią”⁵. Proces umierania niesie także silne pokusy wynikające z kryzysu relacji z Bogiem. Umierającego może trawić narastające poczucie oddzielenia od Boga, tym boleśniejsze i bardziej uporczywe, że człowiek nigdy w pełni nie doświadcza obecności Boga. Daje tutaj o sobie znać nowy paradoks: taki kryzys jest tym boleśniejszy, im bardziej człowiek pokładał ufność w Bogu. Choroba terminalna wywołuje mnóstwo dylematów. Najtrudniejsze wiążą się z przedwczesnym odchodzeniem, postrzeganym jako niesprawiedliwość i krzywda ze strony Boga. Istnieje także niebezpieczeństwo, że cierpienia i bliskość śmierci mogą być traktowane jako „zasłużone”, zaś umierający zgłębia swoje życie i szuka okoliczności, które „usprawiedliwiają” lub „wyjaśniają” jego dramatyczne położenie. Kiedy indziej może go trapić i wyniszczać nasilające się poczucie opuszczenia przez Boga. Jeżeli modlił się przez całe życie i wielokrotnie przekonał o skuteczności modlitwy, to także w tej nowej, dramatycznej sytuacji pragnie, aby jego zaufanie do Boga znalazło potwierdzenie i spotkało się z Bożą odpowiedzią. Nawet jeżeli wcześniej był przekonany, że Bóg jest obecny zarówno w pomyślności, jak i w cierpieniu, to doświadczenie własnego cierpienia i perspektywa bliskiej śmierci stanowią pokusę wystawiającą to przekonanie na niezwykle trudną próbę.

⁴ O znaczeniu i pożytkach z przebaczenia w opiece paliatywnej szeroko i trafnie pisze R. Clark, *Forgiveness in the Hospice Setting*, *Palliative Medicine* 4/1990, s. 305-310.

⁵ O tych aspektach teologicznej refleksji nad śmiercią zob. W.F. May, *The Sacral Power of Death in Contemporary Experience* w: *On Moral Medicine*, s. 177-181; cyt. pochodzi ze s.179.

Wyjątkową siłę i pomoc zapewnia w tej dziedzinie wiara chrześcijańska, której sedno stanowi osoba i posłannictwo Jezusa Chrystusa. Człowiek wierzący powinien stale wiedzieć i pamiętać, że Jezus dokonał najwięcej nie wtedy, gdy chodził po Palestynie, nauczał i dokonywał cudów, uzdrowiał chorych i wskrzeszał umarłych, ale wówczas gdy przybity do krzyża wisiał rozpięty między niebem a ziemią. Chory i umierający chrześcijanin powinien dopatrywać się analogii między własnym położeniem a sytuacją umierającego Zbawiciela. Jeżeli jest inaczej, obowiązkiem innych chrześcijan jest mu tę analogię przybliżyć i uświadomić⁶. Wynika z tego, że nie można za wszelką cenę chronić i osłaniać terminalnie chorego przed myślą o śmierci. Powinien on być świadomy swojej sytuacji i nie wolno go okłamywać, aby żył złudzeniami bądź w całkowitej niewiedzy co do swojego rzeczywistego stanu. Dobrze wiadomo, jak są trudne oraz ile delikatności wymagają takie rozmowy. Jednak tylko w ten sposób cierpienia i perspektywa bliskiej śmierci mogą pogłębiać związek terminalnie chorego z Bogiem, a także sprzyjać pogłębianiu tego związku u jego najbliższych, rodziny i wszystkich, którzy stają się świadkami misterium odchodzenia.

Doświadczenie Getsemani

W Ewangeliach znajduje się epizod, którego przemyślenie ma szczególne znaczenie w kontekście refleksji na temat opieki duchowej nad umierającymi. Chodzi o modlitwę i trwogę konania, którą Jezus przeżył w ogrodzie Getsemani tuż przed pojmaniem Go, skazaniem na śmierć i ukrzyżowaniem (zob. Mt 26, 36-46; Mk 14, 32-42; Łk 22, 39-46). Udając się tam, Jezus wziął ze sobą trzech apostołów, których podczas trwającej trzy lata działalności publicznej wprowadzał w rzeczywistość i przyjęcie swego losu, zakończonego zdradą, pojmaniem i śmiercią. Rzekł do nich: „Smutna jest moja dusza aż do śmierci; zostańcie tu i czuwajcie ze Mną”, (Mt 26, 38). Jezus zdawał sobie sprawę z czasowej bliskości czekającej Go śmierci. W tych warunkach daje wyraźnie poznać swoim uczniom to, co przeżywa: głęboki smutek, wręcz trwogę i potrzebę bliskości życzliwych Mu osób.

⁶ Na temat chrześcijańskiej teologii cierpienia zob. np. R. Tremblay, *Cierpieć aby żyć. Refleksje nad zbawczym sensem cierpienia*, *Communio* 5/1991, s. 57-69; F. Mickiewicz, *Zbawcza moc cierpienia*, *Communio* 3/1998, s. 31-43.

Bliskość śmierci przyprawia umierających o trwogę. Jezus, który długo przygotowywał się do spełnienia niezwykłej misji zbawienia świata, modlił się do Boga: „Ojczy mój, jeśli to możliwe, niech Mnie ominie ten kielich. Wszakże nie jak Ja chcę, ale jak Ty” (Mt 26, 39). Również dla lekarzy i medycyny śmierć stanowi najtrudniejsze wyzwanie. „Śmierć jest wrogiem, przeciw któremu lekarz i pacjent najsilniej sprzymierzają się ze sobą; a przecież to właśnie ten wróg ostatecznie wygrywa. Zmagania z rzeczywistością, która ostatecznie cię pokona, stanowi klasyczny temat tragedii”⁷. Człowiek lęka się śmierci, a zarazem wie, że nieubłagane się ona zbliża. Jeżeli wierzy w Boga, stara się całkowicie Mu zaufać, dzięki czemu śmierć staje się bramą wiodącą ku nowemu życiu. Jeżeli natomiast wątpi bądź nie wierzy, bliskość śmierci jest porażająca. Jednak w każdym przypadku w jego wnętrzu rozgrywa się prawdziwy dramat. Jeżeli pragnie dalej żyć, musi prosić o cud, tymczasem cudowne uzdrowienia są bardzo rzadkie i nie można ich przewidzieć ani wymusić. Biorąc to pod uwagę, tym większe znaczenie ma troska o godność człowieka umierającego. Stanowi ona najbardziej fundamentalną powinność z zakresu opieki duchowej, jaką sprawuje personel medyczny i duszpasterze. Ocierając się codziennie o rzeczywistość śmierci, powinni być wrażliwi na lęk przed nią przeżywany przez terminalnie chorych i umierających.

Znamienne, że w Ewangeliach znajdujemy szczere świadectwo dramatycznych zmagañ Jezusa. Nie sposób ukryć, że niektórym chrześcijanom nastęcza ono niemałych kłopotów. Woleliby, aby Jezus umierał heroicznie, co według nich oznacza brak jakiegokolwiek lęku przed śmiercią. Nie zdają sobie zapewne sprawy, że istnieje także inny heroizm, a mianowicie ten, który daje poznać prawdziwy stan ducha. Składa się na niego zarówno zaufanie Bogu i zawierzenie Mu swojego losu, jak też podzielenie się z innymi trapiącym człowieka niepokojem, załamaniem i depresją. Chodzi zarówno o dramat procesu umierania, jak też o lęk i niepewność odnośnie do „potem”. Umierający rzadko dają wyraz wszystkiemu, co naprawdę czują. Można się domyślać, że tylko niektórzy uzewnętrzniają swoje najgłębsze obawy i lęki. Zapewne nie chcą, aby ich rozterki i wątpliwości udzieliły się tym, którzy są świadkami ich zmagañ. Lecz właśnie dlatego świadkowie odchodzenia, wiedząc, że powoduje ono arcytrudne dylematy i wątpliwości, powinni tym bardziej

⁷ D.W. Shriver, Jr., *The Interrelationships of Religion and Medicine w: On Moral Medicine*, s. 12.

być gotowi do udzielania umierającym skutecznego duchowego wsparcia. Zakłada ono podatność na wysłuchanie ich skarg i słów rozpacz, a także umiejętność pełnego łagodności i wyrozumiałości reagowania na silne emocje i uczucia, które one odzwierciedlają.

Wielkim zagrożeniem dla umierającego człowieka może być poczucie opuszczenia, pustki i samotności. Często pragnie on, aby inni zostali i czuwali przy nim i z nim. Zdarza się, że nie zawsze terminalnie chory daje głośno wyraz temu pragnieniu, z czego wcale nie wynika, iż godzi się na samotność, albo jej naprawdę pragnie. Brak innych ludzi może u niego potęgować wrażenie opuszczenia przez wszystkich, nawet przez Boga. Właśnie dlatego świadkowie odchodzenia spełniają niezwykle ważną posługę miłości. Nie chodzi bynajmniej o słowa. Co więcej, często obecność powinna polegać na milczeniu, które w ostatecznym rozrachunku jest jeszcze bardziej wymowne. Słowa bowiem, jak świadczy przypadek przyjaciół Hioba, mogą jedynie odsłaniać bezradność wygłaszających pochopne i krzywdzące sądy. Milczenie jest lepsze niż pochopne i łatwe odpowiedzi⁸. Wprawdzie każdy człowiek musi sam sprostać wyzwaniom, jakie niesie śmierć, ale istnieją realne możliwości przychodzenia mu z pomocą i ulżenia oraz niepogłębiania jego poczucia samotności.

Duchowa udręka Jezusa rozpoczęła się przed pojmaniem Go i męką. Tak dochodzimy do ważnego rozróżnienia między bólem a cierpieniem, które pozostaje szczególnie ważne w odniesieniu do ludzi terminalnie chorych. Pojęcie bólu – aczkolwiek może też chodzić o ból moralny, psychiczny i duchowy – ma charakter bardziej fizyczny. Dla odmiany pojęcie cierpienia jest synonimem bólu w sensie ogólniejszym, uchwytym zwłaszcza na płaszczyźnie moralnej i religijnej⁹. Podstawowym zadaniem opieki medycznej jest uśmierzenie bólu, ma on bowiem silny wpływ na stan duchowy i psychiczny pacjenta. Współczesna medycyna poczyniła w tej dziedzinie ogromne postępy. Dotyczy to zwłaszcza medycyny amerykańskiej, przeszczepianej ostatnio intensywnie na różne sposoby i na nasz grunt, uznającej że głównym zadaniem lekarzy i personelu medycznego jest całkowite uśmierzenie i usunięcie bólu. Postuluje się zatem, aby fundamentalne doświadczenia życia ludzkiego, jak wydawanie dziecka na świat lub śmierć, następowały bezboleśnie lub wręcz nie-

⁸ W. Chrostowski, *Cierpienie dziecka – sens cierpienia niewinnych*, *Medicus* 6/1992, s. 10.

⁹ S. Warzeszak, *Etyka opieki paliatywnej*, *Medicus* 6/1992, s. 31-32.

świadomie. W takim podejściu znajduje wyraz nie tylko wykorzystywanie najnowszych osiągnięć medycyny, lecz także przyjęta bądź wręcz narzucana innym filozofia życiowa oparta na przekonaniu, że życie polega na przyjemnościach i używaniu oraz unikaniu wszelkich niedogodności i uciążliwości, a zatem również bólu¹⁰. Właśnie między innymi z tego względu stosowanie środków znieczulających i uśmierzających ból, zwłaszcza w sytuacji choroby terminalnej, łączy się z wieloma wątpliwościami etycznymi. Chodzi nie tylko o sytuacje, w których uśmierzenie bólu powoduje lub może powodować przyspieszenie śmierci pacjenta, lecz i takie, gdy przestając „czuć” własne ciało, zatracą on rozeznanie o swojej prawdziwej kondycji psychicznej i duchowej. Jeszcze bardziej dotyczy to sytuacji, gdy doznaje on zaburzeń świadomości pozbawiających go zupełnie możliwości przyjęcia i przeżycia własnej śmierci¹¹.

Istnieje tu jednak charakterystyczna biegunowość. Lekarze i personel medyczny są zobowiązani do usuwania i łagodzenia bólu pacjentów. Wiadomo, że narastający ból staje się nie do zniesienia, wyniszczając chorego i uderzając w jego godność. Nie uśmierzony, powoduje straszliwe cierpienia i zmagania duchowe, których kresu nie sposób przewidzieć. Jeżeli się go uśmierzy, chory jest w stanie bardziej nad sobą zapanować i skupić się na swoich potrzebach duchowych. Przykładowo, dopiero uwolniony od bólu człowiek jest w stanie się modlić, zaś jego modlitwa – wciąż w sytuacji choroby – może być modlitwą wdzięczności wobec Boga i ludzi. Dotyczy to zwłaszcza osób terminalnie chorych, w przypadku których przewlekłe doświadczenie bólu poczyniło zazwyczaj ogromne spustoszenia. Najbardziej obawiają się tego, „żeby już tak nie bolało”. Same te obawy mogą być przyczyną ogromnego cierpienia. Tylko częsty i prawdziwie wrażliwy kontakt z chorymi i umierającymi oraz długie doświadczenie medyczne pozwalają rozpoznawać takie sytuacje i zapewnić skuteczną pomoc. Uśmierzanie bólu staje się wtedy samarytańską posługą, która wydatnie przyczynia się do ocalenia godności umierającego.

Trzeba także pamiętać o delikatnej granicy między przedłużaniem życia a przedłużaniem agonii. Stosowanie uporczywej terapii, podejmowane z myślą o przedłużaniu życia, może w swojej istocie być tylko prze-

¹⁰ Zob. D.W. Shriver, Jr, *The Interrelationships of Religion and Medicine*, s. 11-12.

¹¹ W nauczaniu Kościoła katolickiego podkreśla się, że „nie wolno pozbawiać umierającego świadomości bez poważnej przyczyny”; zob. Kongregacja Doktryny Wiary, *Deklaracja o eutanazji*, L'Osservatore Romano, wyd. polskie 8/1980, s. 3.

dłużaniem sprawiającego ogromne cierpienie konania. Dr Tomasz Dangel wspomina: „Nigdy nie zapomnę chłopca, który pomimo że został skierowany do naszego hospicjum z powodu braku możliwości wyleczenia nowotworu, w dalszym ciągu pozostawał pod opieką onkologów. Trzykrotnie podejmowano interwencje medyczne w sytuacjach zagrożenia życia. W efekcie okres terminalny choroby wydłużono do siedmiu miesięcy. W ostatnim okresie cierpienie chłopca było tak wielkie, że modlił się o śmierć, a ta nie przychodziła. Od tamtej pory zastanawiam się: kto dał nam, lekarzom, prawo przedłużania życia nieuleczalnie chorym, jeżeli to życie wypełnione jest cierpieniem?”¹² Dr Dangel ma rację twierdząc, że chemioterapia nie może być jedyną opcją zastępującą opiekę paliatywną. Nie wolno również bagatelizować pytania, czy terminalnie chory człowiek winien być zupełnie pozbawiony możliwości udziału w decyzjach, które go dotyczą. Nie podlega dyskusji, że właśnie w tej dziedzinie mamy do czynienia z najtrudniejszymi i najdelikatniejszymi moralnie (i prawnie) dylematami opieki paliatywnej.

Nie każdy ból jest jednak przyczyną cierpienia. Istnieje ból, o którym człowiek wie, że może pozytywnie i trwale odmienić jego położenie, a zatem jest gotowy go przyjąć i mężnie znieść. Także w sytuacji opieki paliatywnej ważny jest taki kontakt z chorymi, który ukazuje im sensowność podejmowanej terapii, zwłaszcza gdy jest ona połączona z przykrym doświadczeniem zadawania bólu. Z drugiej strony przykład Jezusa w Getsemani świadczy, że istnieje cierpienie bez bólu. Można cierpieć na myśl o tym, co nas czeka, na przykład gdy wiemy, że spodziewana przyszłość przyniesie ból. Ale można cierpieć i wtedy, gdy ból został uśmierzony, zaś podejrzany staje się brak bólu. Jezus, według świadectwa św. Mateusza, „począł się smucić i odczuwać trwogę” (Mt 26, 37). Z Ewangelii św. Marka wynika, że przeżyciom psychicznym i duchowym towarzyszyły wyraźne objawy fizyczne: „począł drżeć i odczuwać trwogę”, (Mk 14, 33). Lecz najbardziej wymowne jest świadectwo św. Łukasza, który – sam będąc lekarzem – przykładał ogromną wagę do drobiazgowego opisywania objawów każdej choroby czy dolegliwości: „Pogrążony w udręce jeszcze usilniej się modlił, a Jego pot był jak gęste krople krwi, sączące się na ziemię” (Łk 22, 44). To świadectwo jest wyjątkowo cenne, bo świadczy, jak głębokie było cierpienie Jezusa w obliczu perspektywy bliskiej śmierci.

¹² T. Dangel, *To moje ciało*, Gazeta Wyborcza z dn. 28 XII 1998, s. 14.

Cierpienia terminalnie chorego człowieka rozpoczynają się na długo przed jego odejściem, często na długo przed pobytym w szpitalu bądź hospicjum, a nawet na długo przed kontaktem z lekarzem. Ktoś, kto czuje niepokojące objawy choroby w swoim ciele, waha się albo wzbrania przed pójściem do lekarza tylko dlatego, aby nie usłyszeć czegoś, czego bardzo się obawia. Już wtedy zaczyna się i narasta jego cierpienie, którym może się dzielić – albo nie – z najbliższymi. Wiele zależy wówczas od ich delikatności i perswazji, zaś szybciej rozpoczęte leczenie rokuje lepsze rezultaty. Gdy jednak dzieje się tak, iż choroba rozwija się i czyni coraz większe spustoszenie, a chory nie zwraca się do lekarza, wtedy jego lęki stają się coraz dotkliwsze. Czasami kumulują się w takim stopniu, że terminalnie chory człowiek jest już zupełnie „wypalony”. Pograżony w apatii sprawia wrażenie, że nie można mu wiele pomóc, osłabia on w ten sposób czujność najbliższych i personelu medycznego. Bardzo wiele zależy od atmosfery, w jakiej odbywają się pierwsze kontakty chorego z lekarzem. Chory zawsze szuka u niego nie tylko doraźnej pomocy, lecz i wsparcia duchowego. Gdy go brakuje, zaczyna podejrzewać – słusznie bądź nie – że nie można mu skutecznie pomóc. To przekonanie może się nasilać w kontakście kontaktów z personelem medycznym. Lekarze i pielęgniarki powinni więc przykładać ogromną wagę do wszystkich, fizycznych, emocjonalnych i duchowych, potrzeb człowieka, bo dopiero pełne wychodzenie im naprzeciw polepsza rezultaty leczenia i przynosi ulgę w cierpieniach. Wynika z tego konieczność interdyscyplinarnej współpracy całego personelu medycznego, duszpasterzy i kapelanów oraz rodziny¹³. W kontaktach z terminalnie chorym stają się oni świadkami jego zmagania i służą pomocą, której wartości i skuteczności nie da się przecenić. Niosą pomoc i służą radami, dzięki którym chory człowiek może się nauczyć panowania nad własnym ciałem, co pozwoli na utrzymanie stanu świadomości i takiego przygotowania do śmierci, które staje się wolne od lęku i rozpacz¹⁴.

Istnieje naturalny związek między bólem a cierpieniem. Gdy ból zostanie uśmierzony, człowiek terminalnie chory wcale nie przestaje cierpieć. Co więcej, paradoks polega na tym, że brak uporczywego bólu może być nową sposobnością do postawienia sobie najbardziej egzystencjal-

¹³ O potrzebie tej współpracy w odniesieniu do opieki nad terminalnie chorymi dziećmi zob. np. D.W. Adams, *When a Child Dies of Cancer. Care of the Child and Family* w: J.D. Morgan (red.), *The Dying and Bereaved Teenager*, Philadelphia 1990.

¹⁴ Por. H. Bortnowska (red.), *Sens choroby, sens śmierci*, Kraków 1980, s. 283-287.

nych pytań o sens życia i śmierci. Wprawdzie ustają wtedy głośne skargi i wołania o pomoc, ale to, co najtrudniejsze i najważniejsze, nadal rozgrywa się we wnętrzu człowieka. Nie powinno się zatem takiego chorego pozostawiać w całkowitej samotności. Wyjątkową wartość dla niego ma każda życzliwość i uśmiech, w których dostrzega on zainteresowanie i współodczuwanie także wtedy, gdy ból wprawdzie ustąpił, ale cierpienie wciąż trwa. W przeciwnym razie niepokój i lęk mogą znowu wywołać i zintensyfikować ból fizyczny, co przysporzy choremu nowych cierpień. Są również takie cierpienia, których powinno się terminalnie choremu oszczędzić. Chodzi zwłaszcza o zapewnienie go, że teraz i później wszystko, na co chce mieć rzeczywisty wpływ, będzie przebiegało tak, jak tego sobie życzy. Warto zatem i trzeba znać jego ostatnią wolę. To jednak nie zawsze przychodzi łatwo. Zdarzają się terminalnie chorzy, którzy wręcz panicznie lękają się rozmowy o śmierci oraz jej konsekwencjach dla najbliższych i otoczenia. Nie powinno się wtedy być nachalnym ani natarczywym, trzeba też zdać sobie sprawę ze swoich ograniczonych możliwości.

Viktor E. Frankl poświęcił całą książkę na rozważania potwierdzające tezę, że „człowieka nie niszczy cierpienie, lecz niszczy go cierpienie pozbawione sensu”¹⁵. Napisał on, że chorobą, jaka trapi współczesny świat, jest poczucie, że „istnienie nie ma żadnego sensu”¹⁶. Ta odważna diagnoza jest bardzo trafna. Jest prawdą, że na wczesnych etapach choroby ludzie mówią zazwyczaj o „ból”, natomiast gdy choroba postępuje, wtedy coraz częściej mówią o „cierpieniu”¹⁷. Człowiek, nawet najbardziej osłabiony, jest w stanie znieść ból, jeżeli wie, że to, czego doznaje, przyniesie ulgę i poprawę jego stanu. Gdy tak się nie dzieje i gdy perspektywa bliskiej śmierci staje się coraz bardziej realna, wtedy brak bólu nie jest szczególnie ważny ani pocieszający. Pozostaje bowiem, a nawet się nasila cierpienie wynikające z przeświadczenia o nieuchronności losu, który staje się udziałem terminalnie chorego. Jedyną ulgę może wtedy przynieść nadanie temu cierpieniu istotnego sensu. W przeciwnym razie swoje żniwo zbiera wzmagająca się beznadziejność, która może przybrać formę rozpacz. A wówczas każda skuteczna pomoc jest o wiele

¹⁵ V.E. Frankl, *Man's Search for Meaning*, London 1987.

¹⁶ Tenże, *Leiden am sinnlosem Leben*, Freiburg 1980, s. 75.

¹⁷ P. Speck, *Spiritual Issues in Palliative Care* w: D. Doyle, G.W.C. Hanks, N. Macdonald (red.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Sec. Edition, Oxford University Press 1998, s. 808.

trudniejsza. Przejawem rozpaczy są prośby i nalegania, „aby to wszystko jak najprędzej się skończyło”. Nie pozostają one bez wpływu na samopoczucie i doznania personelu medycznego, który – przynajmniej się do tego bądź nie – unika lub ogranicza wywołujące zniechęcenie i poczucie jałowości podejmowanych wysiłków kontakty z chorym.

Jednak wysiłki medyczne, zmierzające do całkowitego uśmierzenia lub wyeliminowania bólu, nie zawsze przynoszą właściwe rezultaty ani są w pełni usprawiedliwione. Zdarzają się osoby, które z wielkim heroizmem akceptują przeżywany ból i cierpienie. Można zasadnie powiedzieć, że wiele inspiracji i siły do takiej postawy daje wiara chrześcijańska, mocno zakorzeniona w pamięci o męce i śmierci Jezusa Chrystusa. W takich przypadkach choroba i ból sprzyjają pogłębieniu związków chorego z Bogiem. Wielu chrześcijan nie tylko chce mieć pełną świadomość swojej sytuacji, lecz wykorzystuje ją i przeobraża w światło tego, w co mocno wierzą. W posłudze im trzeba uczynić wszystko, aby dostrzec i uszanować tę wolę, chociaż i w tej dziedzinie personel medyczny musi się kierować własną wiedzą i doświadczeniem, aby nie wystawiać umierającego na pokusy silniejsze, niż jest on w stanie znieść. Bardzo ważna jest tutaj pomoc ze strony innych ludzi, którzy podzielają ten sam system wartości i wspierają terminalnie chorego człowieka swoją obecnością i modlitwą. Może, a nawet powinien to być także kapelan szpitala bądź hospicjum, którego obecność i udział muszą jednak być dyskretne. Nieocenioną pomocą mogą być także odwiedziny proboszcza, który wiedząc o terminalnej chorobie osoby z jego parafii powinien okazać chrześcijańskie współczucie i solidarność w cierpieniach.

Przypadek niewiernego Tomasza

Jak w życiu tak w procesie umierania każdy człowiek jest inny. Pouczające może być przypomnienie innego epizodu z Ewangelii, a mianowicie ukazania się zmartwychwstałego Jezusa jednemu z apostołów, Tomaszowi. Gdy pozostali apostołowie mówili mu, iż widzieli Pana, on rzeki do nich: „Jeżeli na rękach Jego nie zobaczę śladu gwoździ i nie włożę palca mego w miejsce gwoździ, i nie włożę ręki mojej do boku Jego, nie uwierzę” (J 20, 25). Jezus odpowiedział na tę duchową potrzebę Tomasza. Po ośmiu dniach znowu ukazał się apostołom, gdy Tomasz był razem z nimi. Nawiązał do życzenia wątpiącego ucznia, ale ten odpowiedział Mu wyznaniem wiary: „Pan mój i Bóg mój” (J 20, 28).

Tak dochodzimy do problematyki związków między religijnością a duchowością. Większość ludzi wyznaje jakąś religię i można słusznie powiedzieć, że pomaga im ona w życiu. Nie oznacza to jednak, że w taki sam sposób albo równie łatwo pomaga im w przejściu przez śmierć. Ludzkie losy niosą sporo paradoksów, a jednym z nich bywa to, że wielu ludziom prawdziwie religijnym trudno przychodzi zaakceptowanie własnego cierpienia. Ma to związek z wyznawaniem Boga w sytuacji zdrowia i pomyślności, zupełnie nieprzygotowanym na dylematy czasu próby, jakie niesie terminalna choroba i śmierć. Wprawdzie religijność często ma wpływ na znoszenie choroby i wychodzenie z niej, ale przeżywa ona ogromne kryzysy wtedy, gdy stan zdrowia stale się pogarsza, zaś modlitwy i nadzieja pokładana w Bogu nie przynoszą spodziewanych rezultatów. Zarówno najbliżsi, jak i personel medyczny powinni mieć dobre rozeznanie w tych dziedzinach. Tymczasem jest o nie trudno, bo dotykamy bardzo intymnych sfer ludzkiego życia. W polskiej sytuacji ma to jeszcze jeden istotny wymiar. Przez kilkadziesiąt lat byliśmy karmieni szkodliwym stereotypem, że religia jest prywatną sprawą człowieka. Oznaczało to w wielu przypadkach usankcjonowane zobojętnienie na religijne i moralne dylematy pacjentów. W ostatnich latach z trudem toruje sobie drogę świadomość, że religia nigdy nie była, nie jest ani nie może być sprawą prywatną człowieka. Jest jego sprawą osobistą – a to zupełnie co innego! Każdy ma pełne prawo wyboru religii, lecz kiedy już go dokona, wtedy istnieje obowiązek świadczenia o niej i wyznawania jej na zewnątrz. Szczególnie dotkliwym nieszczęściem jest pokusa prywatności religii u ludzi terminalnie chorych. Zamykają się w sobie i wstydzą każdego przejawu religijności, chociaż dobrze wiadomo, że właśnie wtedy wyjątkowo potrzebują uzewnętrzniania tego, czym żyją i co naprawdę czują.

Personel medyczny i pracownicy opieki paliatywnej powinni zadbać o należyte rozeznanie potrzeb religijnych osób terminalnie chorych¹⁸. W ostatnich latach jest to znacznie łatwiejsze niż przedtem. Została przywrócona i okrzepła instytucja kapelanów szpitalnych, zaś wizyty kapłana czy siostry zakonnej w szpitalach i hospicjach są na porządku dziennym. Nie zawsze idzie to w parze z „jakością” posługi duchowej, bowiem do pracy w szpitalach i hospicjach bywają kierowani duchowni nieprzygotowani bądź pełniący tę posługę wśród wielu innych zajęć ka-

¹⁸ Szerzej zob. P.G. Reed, *Religiousness among Terminally Ill and Healthy Adults*, Research in Nursing and Health 9/1986, s. 35-41.

płani pracujący w parafii. Ale nawet wtedy, gdy duchowny dobrze wypełnia swoje zadania, sfera potrzeb duchowych pacjentów nie może nie obchodzić całego personelu medycznego. Czasami sprzyjającą okoliczność wszczęcia rozmowy na te tematy i nawiązania kontaktu stanowi widok krzyża w sali szpitala lub hospicjum bądź też różaniec czy łańcuszek z medalikiem. Rozmowa może też dotyczyć wcześniejszych lub obecnych praktyk religijnych, np. modlitwy czy uczęszczania do kościoła lub kaplicy szpitalnej. Każda okoliczność, a nawet pretekst, są dobre, aby nawiązać stosowny kontakt. Nie jest to więc tylko obowiązek i przywilej duchownych czy kapelanów. Coraz częściej ich posługa jest przygotowana przez osoby świeckie, w czym personel medyczny służy nieocenioną radą i pomocą. Bywa, że terminalnie chory człowiek wyraźnie potrzebuje opieki o profilu religijnym, zaś sporadyczna obecność kapelana czy siostry zakonnej mu nie wystarcza. Znane są również przypadki, gdy pacjent odzyskiwał spokój i poczucie bezpieczeństwa dopiero w kontekście pomocy udzielanej przez personel deklarujący swoją religijność. Ma rację profesor David W. Adams, podkreślając, że pacjenci i ich rodziny wierzą, iż mogą polegać na lekarzach nie tylko w samym procesie leczenia, lecz także w nadziei na otrzymanie skutecznej pomocy w rozwiązywaniu różnych problemów, na współodczuwaniu z cierpiącymi oraz na dzieleniu się z nimi własną siłą duchową¹⁹. Gdyby zatem potrzeby religijne pacjenta nie mogły być spełnione z powodu braku sensu religijnego opiekującego się nim personelu, powinno się pilnie rozważyć ewentualność zmian na korzyść oczekiwani i woli umierającego, ze zmianą personelu łącznie. Bezduszość lub lekceważenie potrzeb religijnych umierających stanowią poważne wykroczenia moralne.

Jednak nie tylko ludzie religijni mają potrzeby religijne i przeżywają dylematy duchowe. Również wszyscy inni, których związek z religią instytucjonalną jest mały albo w ogóle go nie ma, stają wobec tych samych oraz podobnych wyzwań i wątpliwości, które są udziałem osób wyznających Boga i trwających w zorganizowanych wspólnotach wiary. Jedni i drudzy lękają się śmierci oraz myśli o niespełnieniu życia. Duchowość jest integralną stroną każdego człowieka, umożliwiającą mu wyjście poza to, co materialne i refleksję nad ostatecznym przeznaczeniem i celem wszystkiego, a także nad wartościami, które pozwalają ów cel osiągnąć. Zatem osoby nie deklarujące żadnych wierzeń religijnych ani związków

¹⁹ Opinia zawarta w wykładzie *Our Spirituality and How We Meet Spiritual Needs*, wygłoszonym w 1997 r. podczas międzynarodowej konferencji lekarzy w Puszczykowie.

z religią też przeżywają dylematy natury egzystencjalnej i stawiają sobie i innym pytanie o sens ich życia, choroby, umierania i śmierci. Uczestnikami takich rozmów mogą i powinni być również ludzie religijni. Dokuje się wtedy spotkanie dwóch odmiennych światopoglądów i dwóch różnych sposobów życia, które może ubogacać obie strony. Kluczem do powodzenia takiego spotkania jest umiejętność zrozumienia drugiego człowieka, wraz z całą jego odrębnością i innością, której nie podzielaemy, ale którą chcemy poznać i szanujemy.

Dylematy i problemy duchowe ludzi niereligijnych przybierają różne formy. Kogoś, kto od dawna zaniechał wszelkich praktyk religijnych, a obecnie cierpi i zbliża się ku nieuchronnej śmierci, może trapić myśl, że jego położenie stanowi karę za odejście od zasad, którymi był karmiony w dzieciństwie. W takich przypadkach poczucie winy może prowadzić do żalu, skruchy i nawrócenia, czyli do odnowienia i wskrzeszenia dawnych więzi religijnych i duchowych. Ale zdarza się, że skutkiem takich duchowych zmagañ jest przeświadczenie o odrzuceniu i swoista marginalizacja, pogłębiająca frustrację i prowadząca do rozpaczy. Takim ludziom trzeba przypomnieć, że istnieją dwie zasadnicze drogi życia: droga niewinności i droga nawrócenia. Bliskość śmierci to sposobność, aby ufnie wkroczyć na tę drugą i przewyciężyć wyniszczające poczucie winy. Trzeba jednak mieć na względzie również to, że część ludzi terminalnie chorych i umierających nie potrafi bądź nie chce zdecydować się na gwałtowną zmianę u kresu swojego życia. Również tę wolę należy uszanować, przychodząc im z pomocą w pokonywaniu trudności, jakie ich trapią. Zdarza się, że człowiek terminalnie chory i pozbawiony wartości religijnych może przeżywać radość ze spotkania z osobami, z którymi niegdyś żył i pracował. To, że go odwiedzają, stanowi pociechę zapewniającą go o swoistej „nieśmiertelności” osiąganey w ludzkiej pamięci, której fundament stanowi przywiązanie i wdzięczność.

Ważną powinnością personelu medycznego i otoczenia jest znalezienie własnej drogi do konkretnego cierpiącego człowieka. Gdyby Jezus poprzestał na wysłuchaniu Tomasza i jedynie przyjął do wiadomości jego głośną deklarację, nie nastąpiłaby później zmiana, która zakończyła się wyznaniem wiary. Również przekonani o prawdziwości swoich doznań i przeżyć apostołowie mogli łatwo przekreślić Tomasza z jego wątpliwościami, które były dla nich całkowicie niezrozumiałe. Ale stało się inaczej. Wątpiący i poszukujący nie ustępują w niczym ludziom, którym wiara religijna przychodzi łatwo lub łatwiej. Istnieje w nich ogromna podatność na to, aby jak najszybciej zakończyć sytuację poszukiwania

i osiągnąć dającą poczucie bezpieczeństwa pewność wiary. Widać to szczególnie wyraziście w zachowaniu osób terminalnie chorych, które zdają sobie sprawę z tego, że mają coraz mniej czasu. Dyskretna pomoc personelu medycznego i duszpasterzy powinna z jednej strony uszanować ich intymne zmagania, zaś z drugiej przybliżyć, o ile to możliwe, ich pomyślny wynik.

Doznań i potrzeb duchowych nie należy mylić z dobrym samopoczuciem. Dotyczy to również ludzi umierających. Na ogół przejawy wewnętrzznego uspokojenia i harmonii są dobrze widoczne na zewnątrz. Można podawać przykłady wielu terminalnie chorych, których odchodzenie było budujące dla jego świadków. Z drugiej strony nie brakuje chorych osób, które starają się skrzętnie ukryć własne wątpliwości i konflikty przeżywane w głębi sumienia. Nawet jeżeli nie dotyczą one przyszłości, są bowiem przekonani o tym, że śmierć stanowi absolutny kres ich życia i poza nią nic ich nie czeka, to odnoszą się do przeszłości. Można się domyślać, że w takich przypadkach nie zanika pragnienie nieśmiertelności i transcencji,²⁰ a jest ono tylko inaczej pojmowane. Gdy brakuje nadziei na życie po śmierci, wtedy wszystko, co człowiek przeżył, potrzebuje szczególniejszego utrwalenia i uwiecznienia. Gdzie nie ma nadziei, iż śmierć jest przejściem do nowego życia, istnieje równie silna potrzeba nadziei, że odejście nie oznacza pograżenia się w całkowitą niepamięć ani absolutnego kresu wszystkiego. Każdy człowiek pragnie coś ocalić i zachować z własnego życia. Mogą to być choćby wspomnienia, a także troska o dom, najbliższych i zgromadzone dobra bądź dokonania, które przetrwają umierającego. W sytuacji kryzysu religijnego często pojawia się potrzeba osadzenia własnego życia i losów w kontekście historii swojej rodziny, bo „nieśmiertelnością”, jaką się wówczas ceni, jest ta, którą można osiągnąć, dodając swój wkład do wysiłku budowania zbiorowej pamięci²⁰. Właściwe uporządkowanie życia i spraw przyczynia się do osiągnięcia spokoju i dobrej śmierci. To, iż ona istnieje, nie ulega wątpliwości dla wszystkich, którzy mają doświadczenia w posłudze umierającym. Nie od dzisiaj podkreśla się również silne związki między dobrym samopoczuciem duchowym osób terminalnie chorych a łagodzeniem ich niepokojów i lęków, jakie niesie perspektywa bliskiej śmierci²¹.

²⁰ To pragnienie widać np. u odchodzącego w tych latach pokolenia II wojny światowej; jego ilustrację zob. np. w: P. Speck, *Spiritual Issues in Palliative Care*, s. 805-806.

²¹ J.M. Kaczorowski, *Spiritual Well-Being and Anxiety in Adults Diagnosed with Cancer*, *Hospice Journal* 5/1989, s. 105-116.

Opieka paliatywna zakłada zatem prawidłowe rozeznanie i szacunek dla pluralizmu światopoglądów i wartości wyznawanych przez poszczególnych ludzi. Należy się zwłaszcza strzec nachalnego prozelityzmu, który powoduje zazwyczaj rezultaty całkowicie odmienne od pożądanых. Umierający człowiek ma prawo umierać zgodnie z własnym sumieniem, co wymaga wrażliwości na różne, czasami sprzeczne, systemy i wartości, także religijne. Wynika z tego, że jednym z aspektów wyjścia na przeciw duchowym potrzebom umierających jest troska o spełnienie formalnych czynności religijnych bądź świeckich, które składają się na rytuał celebrowania śmierci jako przejścia bądź odejścia. Dla człowieka religijnego najważniejsze jest osiągnięcie spokoju w rezultacie pokoju z Bogiem. Pogrzeb, który odbędzie się zgodnie z wolą zmarłego, stanowi w jakiejś mierze przedłużenie jego życia i procesu umierania. Nie inaczej jest w odniesieniu do człowieka, który do końca wątpił bądź zmarł jako niewierzący. Także on ma prawo do atmosfery podniosłości i pokoju, w jakiej powinno być celebrowane jego odejście.

ks. Waldemar CHROSTOWSKI