

Mroczkowski, Ireneusz

Wobec osamotnienia i odosobnienia człowieka cierpiącego : refleksja antropologiczno-etyczna

Studia Płockie 26, 107-117

1998

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 oraz w kolekcji mazowieckich czasopism regionalnych mazowsze.hist.pl.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Ks. Ireneusz Mroczkowski

WOBEC OSAMOTNIENIA I ODOSOBNIENIA CZŁOWIEKA CIERPIĄCEGO.

Refleksja antropologiczno-etyczna

Każdy szpital jest domem ludzkiego cierpienia. Nigdy nie mogę pozbyć się głębokiego wzruszenia, kiedy przejeżdżam – zwłaszcza wieczorem – obok tego szpitala, w którym się w tej chwili znajdujemy.¹ Jadąc z Włocławka witają nas w Płocku łuny Petrochemii i szary, duży gmach Szpitala Wojewódzkiego. O ile Petrochemia tętni życiem, to tutaj z przyciemnionych najczęściej okien wielkiego gmachu wyłania się jakaś tajemnicza cisza. Nikogo jednak nie zwiedzie ta cisza. Z tego miejsca dochodzi bodaj najbardziej donośne wołanie o sens bólu, życia i cierpienia. Jeśli nad Petrochemią unoszą się słupy ognia, to nad tym gmachem kłębi się ciągle wielka chmura ludzkich westchnień, płaczu, modlitwy i nadziei. Przy odrobinie wrażliwości można ją dostrzec niezależnie od pogody i pory dnia czy roku.

W szpitalu – domu ludzkiego cierpienia – niezwykle rolę spełniają ci, o których słusznie się mówi, że pełnią służbę życiu.² Należą do nich lekarze, farmaceuci, pielęgniarki, kapelani, pracownicy administracji, przedstawiciele wolontariatu. Niezwykłość ich posługi polega na tym, że ich praca zawodowa realizuje się w kręgu ludzkich sytuacji granicznych. Nie ma bodaj drugiego takiego zawodu, w którym dzień w dzień trzeba towarzyszyć takiemu zmaganiu się człowieka, w którym przyzywa się losu, Boga czy przeznaczenia. Toczy się więc tutaj walka o wszystko, co dla wielu – jeśli nie wszystkich – jest najważniejsze na tej ziemi.

Aby zrozumieć – z punktu widzenia antropologiczno-etycznego – sens tego zmagania, skoncentrujemy naszą uwagę na trzech problemach. Najpierw spróbujemy przeświecić tajemnicę samego cierpienia. Istota cierpienia doprowadzi nas do konieczności rozróżnienia osamotnienia i odosobnienia w człowieku cierpiącym. W trzeciej części wskażemy kilka konsekwencji etycznych dla tych, którzy stając w służbie cywilizacji życia, szanują odosobnienie ludzi cierpiących i w żaden sposób nie pozostawiają ich samotnymi.

Świat ludzkiego cierpienia

Tylko na pierwszy rzut oka wydaje się, że pojęcie cierpienia nie wymaga żadnych analiz. Jest przecież tak codzienne i powszechne, że każdy z nas wie, kiedy cierpi. Nie-

stety, z powszechnymi doznaniem mamy najwięcej kłopotów, kiedy chcemy je opisać, zdefiniować, uzgodnić kierunki wspólnego działania. Właśnie dlatego nietatwo byłoby podać definicję nadziei, życia, miłości. Podobnie jest z definicją cierpienia. Takie pytania jak: czym jest cierpienie, na co się cierpi, relacje między bólem a cierpieniem, cierpieniem i winą – pozostają odwiecznymi pytaniami człowieka.³

Są one zresztą stawiane przede wszystkim przez filozofów, etyków i teologów. I chociaż nie można na nie odpowiadać bez – chociażby minimalnej – znajomości współczesnych nauk o człowieku, to istotne określenia i podziały znajdujemy właśnie u filozofów. Tatariewicz mówi o cierpieniach cielesnych i duchowych. Pierwszych doznajemy wtedy, gdy np. odczuwamy ból i chłód, drugich zaś, gdy się wstydzimy lub niepokoiimy. Tatariewicz przestrzega przed utożsamianiem cierpienia z bólem. „Ból jest przyczyną cierpienia, nie zaś cierpieniem, jest bowiem wrażeniem, a nie uczuciem. I choć może najliczniejsze i najbardziej dotkliwe cierpienia fizyczne są wywoływane przez ból, to jednak istnieją również cierpienia fizyczne bez bólu.”⁴

Źródła cierpień fizycznych bez bólu Tatariewicz lokalizuje we wrażeniach ustrojowych, których bodźce znajdują się w samym organizmie (zmęczenie, głód, pragnienie) oraz w bodźcach działających z zewnątrz (niesmaczny posiłek, wstrętny zapach, drażniący dźwięk). Wszystkie cierpienia fizyczne trwają dopóty, dopóki działa ich bodziec. Inaczej jest z cierpieniami duchowymi. Te – według Tatariewicza – oparte są na wyobrażeniach, które nie mają granic czasowych. Cierpienia duchowe powstają poprzez uświadomienie sobie wszelkiego zła, które mogło lub może nas spotkać. Możemy cierpieć z powodu obawy przed groźącym niebezpieczeństwem (obawa śmierci własnej lub cudzej, kalectwa, ognia, niewoli, rozłączenia z bliskimi), z powodu długiego oczekiwania dobra (niecierpliwie czekanie), z powodu poczucia niepewności wobec nieznannej przyszłości, z powodu poczucia beznadziejności, które opanowuje przede wszystkim tych, którzy postradali największe dobra.⁵

Jakkolwiek byśmy oceniali adekwatność podziału cierpień, to niewątpliwie ma rację Tatariewicz, gdy odróżnia ból od cierpienia. Warto bowiem pamiętać, że do XIX w. ból oceniano jako emocję. Potem zaczęto go ujmować jako uczucie zmysłowe. Zdefiniowano go jako reakcję na podniecie wywołaną wskutek uszkodzenia tkanki organicznej. W ostatnich latach badania neurologiczne wyjaśniły to, co ludzkie doświadczenie notowało od wieków: możliwość wpływu na ból poprzez psychikę. Podniety bólowe wychodzą od dendrytów nerwowych i są przekazywane przez rdzeń kręgowy do podwzgórza (thalamus). Tam „autonomiczne reakcje zostają wyzwolone jako działania refleksyjne i następuje uczucie bólu. Z tego punktu wrażenie zmysłowe zostaje przekazane dalej do kory (cortex), gdzie «doświadcza się» bólu”.⁶

Uświadomione doświadczenie bólu nie tylko różni się od wrażenia bólu obecnego w podwzgórzu, ale może wpływać na samo doznawanie bólu, między innymi poprzez pobudzanie endorfiny.⁷ Psychologia pokazuje, że człowiek posiada wiele możliwości reagowania na ból. Reakcje na ból wiążą się z typowymi dla wszelkich frustracji modelami zachowań: kompetencji i bezradności. W pierwszym przypadku człowiek stara się panować nad negatywnymi wpływami otoczenia oraz sytuacji bólowych. Szuka przyczyn, stawia sobie cele oraz wynajduje sposoby przewyciężania bólu. Natomiast ludzie bezradni odczuwają życie jako zagrożenie. Sytuacja, w której się znajdują, wydaje im się niekontrolowalna.

Tak oto możliwość podwójnego podejścia do bólu na płaszczyźnie psychologicznej wskazuje na intencjonalno-podmiotową zdolność człowieka w doświadczaniu życia i bólu. Nie wyjaśni się do końca bólu i cierpienia tylko na poziomie materialno-psychicznych przyczyn i skutków. Nie można się zgodzić, że ludzie są tylko zespołami makrocząstek złożonych z atomów, które z kolei składają się z protonów, elektronów i innych cząsteczek. Jeśli nawet jesteśmy tylko jednym z wielu gatunków stworzonych w trakcie naturalnego doboru przypadkowych mutacji genetycznych, to dojrzałość ludzką osiągamy poprzez rozwój duchowy, w typowo ludzkim otoczeniu rodziny i społeczeństwa.⁸ Ludzie utrzymują się przy życiu poprzez siłę swojej nadziei, konkretność wiary i jakoś miłości ofiarowanej i otrzymywanej.

Ta podwójna przynajmniej perspektywa przeżywania bólu i cierpienia skłania – w namyśle filozoficznym – do stawiania następujących pytań: możliwe jest – wobec cierpienia i w cierpieniu – tylko to, co samemu można? Konieczne jest to, co najczęściej następuje? Czy cierpiąc człowiek skazany jest na to, co przynosi mu ból? Czy rzeczywiście nastąpić musi to, co wydaje się na pierwszy rzut oka konieczne, a więc śmierć, rozkład i nicność?

Odpowiedzi na pytania o sens cierpienia rozkładają się według wielu linii światopoglądowych. Wszelkiego typu materializmy odpowiadają z deterministycznego punktu widzenia. Cierpienie jest defektem natury biologiczno-fizycznej. Trzeba poznać funkcjonowanie jej praw, zorganizować racjonalnie życie społeczne i zaufać ewolucji. Dusza jest całością kompleksowej czynności centralnego systemu nerwowego, a tym samym funkcją materii. Mózg jest maszyną duszy, jego paliwem są hormony. Niestety – można tu tylko dodać – mózg jako maszyna i hormony jako paliwo nie tylko nie odpowiadają na pytanie o sens cierpienia, ale też nie zabezpieczają przed irracjonalnymi odpowiedziami na to pytanie.

Właśnie taką odpowiedź podsuwa nam współczesna gnoza, obecna w naszej kulturze pod postacią ezoteryki, New Age i wschodniego mistycyzmu. Mamy tu do czynienia na ogół z mieszaniną poglądów pochodzących z kontestacji materializmu, fascynacji orientalnymi technikami medytacji, niektórych twierdzeń medycyny alternatywnej, feminizmu i ekologii. Z punktu widzenia medycznego, praktyki New Age niewątpliwie bazują na związku somatyki, psychiki i ducha. Krytykuje się nie tylko materialistyczne i spirytualistyczne ujęcie człowieka, ale próbuje zmienić jego świadomość poprzez medytację transcendentalną, hipnozę i narkotyki. Niestety, wielu świadomych, a jeszcze więcej nieświadomych zwolenników tego sposobu odbierania świata czyni z transu i podniecenia narkotycznego główny cel swego dążenia. Im mniej pamięta się o naprawdę duchowym wymiarze człowieczeństwa, tym więcej i częściej mówi się o *duchach*, *ciałach niebieskich*, *wróżbach* i *horoskopach*. Na tej drodze udaje się czasami zmniejszyć ból, ale w żadnym razie nie odkrywa się sensu cierpienia.

Poza materializmem i swoistym spirytyzmem ludzkość zna jeszcze inne postawy wobec bólu i cierpienia. Znamienne jest wszakże to, że każda technika cierpienia zakłada jakąś etykę cierpienia. Etyka zaś nigdy nie obywa się bez metafizycznego i religijnego odniesienia. Widać to zarówno w nauce Buddy, jak i tradycji Zachodu. Swoistą antropologię zakładał i zakłada przecież hedonizm, który w imię *carpe diem* uciekał od cierpienia, oraz cynicy i stoicy, którzy uczyli heroicznej walki z cierpieniem poprzez osiągnięcie dumnego ideału *apatii*.⁹

Budda utożsamiał niemal pożądanie, cierpienie i osobowość. Jego celem nie było wybawienie osoby z mrocznego uwikłania się w to, co ograniczone, ale „cisza umysłu, w którym zanika (...) pożądanie, indywidualum i cierpienie, w której wszechświat i indywidualność zostają odrzeczywistnione, kiedy stają się w pełni obrazem. Zarazem jednak poczucie włączenia własnego cierpienia w wielkie cierpienie świata i konieczność cierpienia ma nastrajać do łagodnej rezygnacji”.¹⁰ W przeciwieństwie do występującego w kulturze greckiej i rzymskiej heroizmu znoszenia cierpienia, buddyzm proponuje wygaszenie pragnienia. Samo zło nie jest realne; jest tylko cieniem możliwego oporu, który odpowiada pozornej, kłamliwej autonomii bytowej świata.

Świat powinien zostać przemieniony poprzez czyn ducha. Według buddystów, człowiek nie przestaje szukać w mocy swego ducha dróg odwrócenia się od gry cieni, łańcucha przyczyn i skutków, w których tkwi jego życie. Słynna ośmioraka ścieżka buddystów obejmuje: należyłą wiarę, należyte myślenie, należyte słowo, należyty czyn, należyte życie, należyte dążenie, należyte pamiętanie i należyte zgłębianie (medytacja). Jakkolwiek by nie rozumieć określenia należyty, chodzi przecież o znalezienie lekarstwa na *ból istnienia*. Okazuje się, że ani hedonistyczna ucieczka przed cierpieniem, ani iluzoryczne odrzucanie go nie wystarczają człowiekowi. Cierpienia nie usuwa się pychą, chępliwością, reperowaniem organizmu czy retoryką mędrca.

Osamotnienie i odosobnienie człowieka cierpiącego

Fenomen ludzkiego cierpienia i zarysowane pokrótce próby jego zrozumienia zmuszają nas do zastanowienia się przez chwilę nad tym, kim jest podmiot cierpienia, a więc człowiek cierpiący. Jakkolwiek jest to pytanie – według niektórych – nierozstrzygalne, to jednak w praktyce od sposobu samozrozumienia człowieka zależy zarówno zdolność przeciwstawienia się cierpieniu przez chorego, jak i postawa tych, którzy mają służyć życiu. Potwierdza to nie tylko historia filozofii, ale i codzienne spotkania z ludźmi, którzy przecież różnie podchodzą do męstwa bycia, wystawionego na próbę w momencie cierpienia.

Różnice te nie są przypadkowe. Wynikają one ze zdolności uchwycenia i pielęgnowania specyfiki osobowo-duchowej człowieka. Człowiek to przecież *osoba*, a więc byt inny niż wszystkie; osobny, zdolny do dostrzeżenia swej wyjątkowości. Razem ze zdolnością do samozrozumienia siebie idzie w parze zdolność do realizacji swej inności. Człowiek może być wolny, może powiedzieć *nie*, może wybierać między możliwościami. Wreszcie człowiek jako osoba może poświęcić się dla dzieci, rodziców, idei. Jest to trzecia cecha osoby – poza rozumnością i wolnością – zdolność do miłości.

Te niezaprzeczalne cechy osoby pozwalają dostrzec specyficzność struktury biologiczno-duchowej człowieka. Dzisiaj – jak nigdy – ważne jest, aby ją zauważyć i odróżnić od sfery biologicznej i psychicznej. Największym bodaj niebezpieczeństwem, które ma bezpośrednie skutki w pojmowaniu i przeżywaniu cierpienia, jest redukcja duchowości ludzkiej do psychiki. Jeśli zadowolenie, dobry nastrój i uczucia miałyby wyczerpywać obszar ducha ludzkiego, to zdolność znoszenia cierpień i poświęcenie dla chorego nie miałyby przekonującego uzasadnienia.

Dobrze jest więc pamiętać, że – jako ludzie – dysponujemy takim dynamizmem, który wyraża się w naszej sprawczości (człowiek nie jest automatem, ale tworzy swoje

życie), odpowiedzialności, szukaniu absolutu, samostanowieniu i sumieniu. Mówiąc inaczej, duchowość człowieka wyraża się w wolności oraz w odniesieniu człowieka do prawdy, które wyciskają na osobie i jej czynach *swoistą miarę* dobra. Rozum i wola są władzami natury duchowej i stanowią o dynamicznym sprzęgnięciu osoby z czynem.¹¹ Konstytutywna rola czynnika duchowego w człowieku polega na tym, że nie jest on tylko wyprowadzony, ani tym bardziej ograniczony do świadomości ludzkiej. Jest tym czynnikiem, który umożliwia świadome życie, nadaje sens rzeczywistości i – ostatecznie – uzdalnia człowieka do przezwyciężenia konfliktu między egocentryzmem i otwartością na świat. W osobie ludzkiej świadomy byt przekracza granice materialnej przyczynowości; wbrew zwątpieniu buduje tożsamość człowieka oraz – mimo upływu czasu – odkrywa prawdę przeznaczenia. Wyrazem ducha jest ekstatyczne, wychodzące poza siebie, życie ludzkie, zdolne do uświadomienia sobie tego.

Duchowo-osobowa struktura człowieka sprawia, że w przeciwieństwie do zwierząt człowiek mówi o swojej cielesności, a nie tylko o organizmie. W zwierzęcym organizmie poszczególne organy kierowane są przez organ centralny. Mówiąc inaczej, zwierzę nie może *posiadać* swego ciała, ponieważ u zwierzęcia jednostka i organizm stanowią jedność. Szczególny sposób posiadania swego ciała przez człowieka polega na tym, że można je sobie uświadomić i w nim wyrazić samostanowienie. Z tego też powodu niektóre organy ludzkiego ciała są obdarzone możliwościami przekraczającymi biologiczną celowość. Przykładem jest ręka ludzka. Całe zresztą ciało człowieka charakteryzuje się wyjątkowością w porównaniu z organizmem zwierzęcym. Wyprostowana postawa naszego ciała, specyficzny system równowagi, wielkość ludzkiego mózgu, zdolność ruchowa naszych kończyn, czy wreszcie specyficzna plastyczność popędów człowieka – oto tylko niektóre cechy ciała ludzkiego, świadczące o jego wyjątkowej jakości biologicznej i morfologicznej.

Wyjątkowość osobowo-duchową człowieka można też dostrzec w jego życiu uczuciowym. Jakkolwiek świat uczuć, nastrojów i namiętności jest trudny do sklasyfikowania, to można się zgodzić, że uczucia stanowią swoisty pomost między reaktywnością naszego ciała i ludzką świadomością. Jeśli zastanowimy się nad bólem głowy czy przyjemnym odczuciem odpoczynku po zmęczeniu, dojdziemy do wniosku, że rozpoczynają się one w przestrzeni naszego ciała, a kończą w ludzkiej psychice. Dlatego można mówić o czuciach, odczuciach i samopoczuciu. I chociaż nie ma jednej klasyfikacji uczuć, to trudno tutaj głosić uproszczoną dychotomię: cielesne – duchowe. Euforia czy depresja różnią się na pewno od czucia swego ciała, ponieważ nie są już stanami tylko cielesnymi. Są bardziej subiektywne, osadzone w świadomości podmiotu. Jednocześnie euforia i depresja różnią się od takich uczuć jak radość z powodu wyzdrowienia przyjaciela, czy choćby współczucie w nieszczęściu.

Ma więc rację von Hildebrand, gdy twierdzi, że ostatnie uczucia są przeniknięte intencjonalnością oraz są motywowane. Nie powstają na drodze przyczynowości fizycznej, lecz zakładają poznanie podmiotu oraz jego wartości.¹² Uczucia nie są autonomicznym dynamizmem osoby. Domagają się dopełnienia przez intencjonalność świadomości i otwarcia na prawdziwość ludzkiego bytu. Pewności sensu, przeznaczenia i celu nie odnajduje się w uczuciu. Jeśli uczucia związane są z przyjemnością i nieprzyjemnością, to w samostanowieniu człowieka mamy do czynienia nie tylko z przyjemnością, ale i szczęśliwością; nie tylko z drażliwością, ale i wrażliwością; nie tylko z podnieceniem, ale i wzruszeniem.

Dostrzeżenie tych wymiarów osoby ma niezwykle ważne znaczenie dla rozróżnienia głębi ludzkiego cierpienia. Fizyczny ból pojawia się w ludzkim organizmie, rozlewa się niepokojem w naszej psychice oraz prowokuje istotne pytania egzystencjalne, na które można znaleźć odpowiedź tylko z perspektywy ludzkiego ducha. Jeśli reakcją naszej psychiki i naszego ducha na cierpienie jest lęk, to od czasu co najmniej S. Kierkegarda, duńskiego filozofa żyjącego w latach 1813-1855, zwykło się odróżniać strach od lęku. Strach jest niewątpliwie uczuciem, które wywołane jest przez określony ból, niedomaganie, rozstanie, jakieś zagrożenie; jego przedmiot można po krótszym lub dłuższym poszukiwaniu zidentyfikować. Strach wywołany bólem i chorobą – jeśli nie przekształci się w neurotyczny lęk – mobilizuje człowieka do szukania pomocy u lekarza, przyjaciela, rodziny, opieki społecznej.

Na tym poziomie możemy mówić o osamotnieniu człowieka cierpiącego oraz chęci przezwyciężenia tego osamotnienia. Takie osamotnienie polega na braku osób bliskich, które stanowią horyzont naszego ucłowieczania. Wiadomo, że człowiek nie może żyć na dłuższą metę bez tego horyzontu nawet w stanie zdrowia. Ciężar osamotnienia staje się dotkliwszy w momencie osłabienia fizycznego, niemożności wykonywania swojej pracy, oddalenia od kolegów i przyjaciół. Człowiek jako istota biologiczna i społeczna podlega oddziaływaniu wielu wzajemnie powiązanych czynników biologicznych i społecznych. Ból i choroba niewątpliwie wzmagają poczucie strachu, który przypomina człowiekowi o bliskich. Taki strach może być burzycielem murów odgradzających nas od innych, może dopomóc nam – za cenę także pokory – do przezwyciężenia osamotnienia.

Samotność ma jednak i drugie imię. Jest nim odosobnienie, które – dzięki duchowym zdolnościom człowieka – polega na ujawnieniu się sobie w odrębności typowo ludzkiej istoty. Właśnie jako osoba, zdolna do samorozumienia i wolnego działania, człowiek musi sam wziąć odpowiedzialność za trud swego bycia i jakość swego istnienia. Przezwyciężone osamotnienie może wiele pomóc w podejmowaniu trudu bycia, ale nikt – najbardziej bliski – nie zwolni nas od odpowiedzi na pytanie o sens naszego życia, zdolność do kochania, męstwo wobec śmierci. Dokonać się to może wyłącznie w odosobnionej, a więc tylko przeze mnie podjętej, świadomej trosce o identyczność mojego „ja”.¹³

Nie trzeba nikomu udowadniać, że realizacja tej troski w odosobnieniu człowieka nie jest zadaniem łatwym. Człowiek, jako byt zdolny do uświadomienia sobie niezwykłych możliwości osobowych, podlega jednocześnie skończoności. Na styku niezwykłych możliwości i skończoności rodzi się lęk. Jest to coś więcej niż strach. Kierkegard mówił o trwodze. Tillich zaś pisze: „Lęk to egzystencjalna świadomość niebytu. «Egzystencjalna» znaczy w tym zdaniu, że nie abstrakcyjna wiedza o niebycie wywołuje lęk, lecz świadomość, iż niebyt stanowi część własnego bytu człowieka. (...) Lęk to skończoność przeżywana jako nasza własna skończoność. Jest to naturalny lęk człowieka jako człowieka oraz w pewien sposób lęk wszystkich żywych istot. Jest to lęk przed niebytem, świadomość własnej skończoności jako skończoności”.

Świadomość własnej skończoności przeżywana jest nieustannie w związku z przemijaniem, starzeniem się człowieka, chorobami i różnego rodzaju niedomaganiem. Egzystencjalnie każdy staje się – wcześniej czy później – świadom czasowości siebie w podmiotowości „ja”. Z jednej strony osoba ludzka – z natury niejako – chce osią-

gnać pełnię życia, z drugiej zaś konfrontuje siebie ciągle ze śmiercią. Zagrożenie, które powstaje na przecięciu się tych dążeń, staje się atmosferą życia, rodzi pytanie o los i konfrontuje człowieka z lękiem przed przemijaniem i śmiercią.

Lękowi przed przemijaniem i śmiercią towarzyszy lęk przed pustką i bezsenssem. Rodzi się on na styku tęsknoty do sensowności życia i ulotności tego, czemu można tak naprawdę zaufać. Skały, na których ludzie budują domy, okazują się często imitacjami granitów. Stąd nieustanne poszukiwanie przedmiotu zaufania podstawowego i nieustanny lęk o to, czy życie nie przelatuje między palcami jak suchy piasek na plaży. Trzecim rodzajem lęku jest lęk przed winą i potępieniem. Tillich pisze, że człowiek „dosłownie stoi przed żądaniem odpowiedzi na pytanie, co z siebie uczynił. Ten, kto pyta, to jego sędzia, czyli sam człowiek, zwracający się jednocześnie przeciw samemu sobie. Sytuacja ta wytwarza lęk, który w sensie względnym jest lękiem przed winą, a w terminach absolutnych, lękiem przed samoodrzućciem i potępieniem”.¹⁴

Rozróżnienie osamotnienia człowieka cierpiącego – gdzie pojawia się strach – od odosobnienia, gdzie należy zmierzyć się z podstawowymi lękami ludzkimi, pozwala nam zrozumieć zdanie Frankla z jego niezapomnianej książki „Homo patiens”. Frankl napisał: „bóle się «miewa», ale cierpiącym się «jest»”¹⁵. Na bóle reagujemy strachem, szukamy pomocy u innych, wdzięczni jesteśmy za każdy gest przyjaźni, bliskości i ciepła. Wszystko to nie likwiduje jednak skończoności naszego bytu i przynależących do ludzkiej natury lęków: przed śmiercią, bezsenssem i winą. Cierpienie, które jest, sytuuje się na tym poziomie. Staje się ono niemal cechą istotową człowieka. Byłoby zafalszowaniem bytu ludzkiego takie jego upiększanie, w którym eliminowałoby się z istoty człowieczeństwa tragiczność, przygodność i skończoność. Przeczą temu uczciwie opisane doświadczenie człowieka, realistyczna filozofia oraz religia – nie tylko chrześcijańska. Frankl pisał: „Postawiony nad przepaścią człowiek spogląda w otchłań i na jej dnie dostrzega tragiczną strukturę bytu ludzkiego. Tam w głębi objawia mu się prawda, że byt ludzki jest ostatecznie cierpieniem i że istotnym przeznaczeniem człowieka jest cierpieć: być homo patiens”.¹⁶

Etyczne wymiary posługi cierpiącym

Zawodowo-etyczne wyzwania stojące przed każdym, kto staje wobec osamotnienia i odosobnienia człowieka cierpiącego, są rozliczne. Przede wszystkim spojrzenie duchowo-osobowe na chorego w niczym nie powinno umniejszać znaczenia medycyny jako nauki i sztuki usuwającej ból i strach człowieka cierpiącego. Najbardziej duchowe pochylanie się nad cierpiącym nie wyeliminuje strachu przed bólem, wołania o znieczulenie, konieczności rozwoju wiedzy o mechanizmach powstawania i leczenia np. nowotworów. Lekarze sami wiedzą najlepiej jak potrzebne są bardziej skuteczne metody leczenia, które nie powodowałyby tak wielu skutków ubocznych. Jeśli do tego dodamy choroby, które czekają dopiero na dokładne rozpoznanie, to możemy być wdzięczni Bogu, że na medycynę chętnie idą ludzie zdolni, żeby nie powiedzieć najzdolniejsi.

Wobec tego aspektu medycyny pełne zaufanie ma Kościół. Jan Paweł II napisał w „*Evangelium vitae*”: „*Medycyna*, dzięki wysiłkom naukowców i lekarzy, postępuje naprzód w poszukiwaniu coraz skuteczniejszych środków leczenia chorób, nowe od-

krycia, niegdyś niewyobrażalne, zapowiadają dalsze postępy i już dziś służą rodzącemu się życiu, ludziom cierpiącym, ciężko chorym albo umierającym. Różne instytucje i organizacje starają się udostępnić najnowsze osiągnięcia medycyny nawet krajom najboleśniej dotkniętym przez nędzę i choroby endemiczne”.¹⁷ Nieustanny rozwój medycyny wymaga, oczywiście, od wszystkich pracowników służby zdrowia stałej formacji intelektualnej.

Podkreślanie znaczenia wiedzy fachowej nie znaczy, że można się zatrzymać na poziomie sprawności w usuwaniu tylko „defektów mechanicznych”. Pracownicy służby zdrowia muszą się zmierzyć z lękami człowieka cierpiącego: przed bezsenssem, winą i śmiercią. W książce „Filozofia medycyny” opisany został przypadek 35-letniej rzeźbiarki, cierpiącej na przezrutowego raka piersi. E. Cassel analizując kompetentny sposób leczenia pacjentki (napromieniowanie piersi, wycięcie jajników i chemoterapię) dochodzi do wniosku, że zrozumienie ludzkiego cierpienia nie jest tożsame z wiedzą o chorobie i towarzyszących jej leczeniu skutkach ubocznych. Choroba oznaczała dla tej kobiety nie tylko lęk z powodu ewentualnego skrócenia życia. „Była również zagrożeniem dla jej godności jako jedynej w swoim rodzaju istoty ludzkiej, ukształtowanej przez niepowtarzalne doświadczeni życiowe. Nie mogła już dalej rzeźbić. Nie mogła twórczo wyrażać swej osobowości poprzez sztukę. I nie mogła również utrzymywać dalej tak istotnych dla jej zawodu stosunków społecznych. Jej rola jako kobiety uległa degradacji. Przestała być niezależna i musiała w pełni polegać na doświadczeniu lekarzy i życzliwości pomocy społecznej. Jak twierdzi Cassel, ludzkie cierpienie można zrozumieć tylko wtedy, gdy uwzględni się wszystkie aspekty osobowości ludzkiej, włączając w to także właściwe tej osobie doświadczenia przeszłości, tradycję rodzinną, kulturę, społeczeństwo, ciało, zawarte w podświadomości treści oraz nadzieje na przyszłość”.¹⁸

W takiej sytuacji nie wystarczy mówić o osamotnieniu cierpiącego. Człowiek cierpiący staje wobec swego odosobnienia, w którym musi zmierzyć się z podstawowymi lękami człowieka. Trzeba jasno powiedzieć, że od siły jego psychiki i ducha zależeć będzie wiele. Niemniej ważne jest podejście tych, których praca nazywa się posługą cierpiącym. Lekarze, pielęgniarki, farmaceuci, kapelani, wolontariusze, wszyscy, którzy pracują w domach ludzkiego cierpienia, muszą – na ile leży to w mocy ich osobowości – stać się również pomocnikami w odosobnieniu cierpiącego.

W tej posłudze ważne jest najpierw szerokie, nie biologiczno- mechanistyczne patrzanie na medycynę. Na przestrzeni ostatnich dziesiątków lat głęboki wpływ na myślenie o zdrowiu wywarła medycyna społeczna. Teoretycznie wszyscy, czy prawie wszyscy, zgadzają się, że trzeba człowieka cierpiącego ujmować holistycznie, więcej wiedzieć o jego środowisku, usuwać istotne przyczyny cierpienia. Niemniej, wraz z rozwojem możliwości technicznych w medycynie, nie znika wcale niebezpieczeństwo, o którym już w wieku XIX wspominał Kierkegaard, mówiąc o leczeniu ludzi z trwogi. „Aptekarz wraz z lekarzem działali ręką w rękę. Pacjent był izolowany, tak by nikt się go nie obawiał. W naszym wieku odwagi nikt nie mówi pacjentowi, że musi on umrzeć, nikt nie śmie wezwać księdza w obawie, że pacjent mógłby umrzeć z samego przerażenia, nikt nie ośmieli się powiedzieć pacjentowi, że tego samego dnia ktoś inny zmarł na tę samą chorobę. Pacjent został więc odizolowany; kierując się współczuciem przeprowadzono odpowiednie badania, a lekarz obiecał możliwie jak najszybciej

przygotować stosowne wyliczenia statystyczne celem określenia przeciętnej. A kiedy zna się już przeciętną, wszystko jest jasne. Terapeutyczny punkt widzenia nakazuje nam traktować zjawisko [choroby] jako czysto fizyczne i somatyczne; postępuje się wówczas tak, jak czynią to zwykle lekarze, zwłaszcza w opowieściach Hoffmana – zażywa się odrobinę tabaki i mówi się «To poważny przypadek»¹⁹.

Drugą płaszczyzną etyczną, na której sprawdza się adekwatność posługi życia jest hierarchia wartości, w imię których postępujemy w naszych szpitalach, parlamentach i społeczeństwie. Wszędzie mówi się ochoczo i wiele o prawach człowieka, jego godności. Usta nasze pełne są zapewnień o tolerancji, demokracji, równości i sprawiedliwości. Z drugiej strony – jak mówi Papież – stoimy wobec obiektywnego spisku przeciw życiu, „w który zamieszane są także instytucje międzynarodowe, zajmujące się propagowaniem i planowaniem prawdziwych kampanii na rzecz upowszechniania antykoncepcji, sterylizacji i aborcji. (...) Jak – pyta dalej Papież – można pogodzić (...) wielokrotnie powtarzane deklaracje zasad z nieustannym mnożeniem się zamachów na życie i z powszechnym ich usprawiedliwianiem? Jak pogodzić te deklaracje z odtrącaniem słabszych, bardziej potrzebujących pomocy, starców i tych, których życie dopiero się poczęło? Te zamachy są jawnym zaprzeczeniem szacunku dla życia i stanowią radykalne zagrożenie dla całej kultury praw człowieka. Zagrożenie to może ostatecznie podważyć sam sens demokratycznego współistnienia: nasze miasta przestaną być wspólnotami ludzi «żyjących razem», a staną się społecznościami zapomnianych»²⁰.

Każdy posługujący życiu musi w tym kontekście zapytać o swoją hierarchię wartości. Czy nie uznaje czasami człowieka chorego za istotę, którą można rozporządzać wedle swojej wiedzy i możliwości technicznej? Każdy lekarz staje przecież wobec oddającego się w jego panowanie człowieka. Pokusa „zapanowania” jest tu ogromna, jeśli nie umie się konkretnie przełożyć godności człowieka na postawę służby. W tym kontekście ważne jest pytanie o pojęcie wolności. Każdy, komu powierzony zostaje człowiek cierpiący, musi odpowiedzieć sobie na pytanie, jaką miarą mierzy swoją i innych wolność. Czy i gdzie wyznaczamy nieprzekraczalne granice wolności? Gdzie znajduje się ów absolutny punkt, poza który nie możemy iść? Czy jest to tylko sprawa mojego odczucia, koleżeńskiej umowy lekarzy, czy prawa, które zależy od sezonowej koalicji parlamentarnej?

W tym kontekście nie można nie wspomnieć o tym, że współczesne osłabienie – przynajmniej w kulturze Zachodu – wrażliwości na Boga prowadzi do osłabienia wrażliwości na człowieka. Jeśli nie traktuje się życia jako wspaniałego daru Bożego, który jest święty i który należy czcić, to wcale niedaleko do traktowania go jako „rzeczy”. „W rezultacie, stając w obliczu życia, które się rodzi, i życia, które umiera, człowiek nie potrafi już zadać sobie pytania o najbardziej autentyczny sens swego istnienia, przyjmując w sposób prawdziwie wolny te przełomowe momenty swego «bycia». (...) Te pierwotne doświadczenia, które powinny być «przeżywane», stają się wówczas rzeczami, człowiek zaś rości sobie prawo do ich «posiadania» lub «odrzucenia»”.

Trzecią płaszczyzną, na której wszyscy posługujący życiu uczą się stawać wobec łęków człowieka cierpiącego, jest ludzkie sumienie. Prawdę powiedziawszy jest to płaszczyzna najważniejsza, ponieważ zdolności medyczne i hierarchia wartości, którą się przyjmuje w posługiwaniu chorym, zależą od stopnia aktywności sumienia. Sumienie

nie jest tylko bliżej nieokreśloną wrażliwością czy współczuciem. Sumienie jest zdolnością do precyzyjnej oceny mojego postępowania pod względem moralnym. Ono pyta zarówno o hierarchię wartości, jak i konkretną możliwość wyboru najwłaściwszej terapii. Ono jest niezbędne przy rozstrzygnięciu, kiedy zachodzi „uporczywość terapeutyczna”, a kiedy zaniechanie leczenia jest formą eutanazji. Do sumienia trzeba się odwołać wtedy, gdy każdy wybór jest dramatem lub istnieją wybory o dobrym i złym skutku. Prawdę powiedziawszy lekarz – bodaj jak nikt inny – staje codziennie przed takimi wyborami. Jeśli nie radziłby się swojego sumienia, zostałyby mu kryteria utilitarne, zależne od nastroju, łapówki czy sympatii koleżeńskiej. Wtedy wszystko można wytłumaczyć i wszystko usprawiedliwić kryzysem finansowym, chaosem transformacji, bałaganem prawnym czy powszechną praktyką. Całe szczęście, że sumienia nie można wymazać z natury człowieka. Odzywa się ono wyrzutem, odradza poprzez rachunek i żal, odnawia poprzez modlitwę.

Niech wolno będzie na zakończenie oddać hołd tym wszystkim lekarzom, pielęgniarcom, farmaceutom i innym pracownikom służby zdrowia, którzy są ludźmi sumienia. Niech nie poczytają tego tytułu za jeszcze jedno pobożne życzenie w sytuacji, kiedy potrzeba rzeczywiście reformy polskiej służby zdrowia, pieniędzy i dobrego kierownictwa. Tego jesteśmy – nawet my, etycy – świadomi. Niemniej sumienie jest potrzebne już i teraz. Już i teraz ludzie cierpiący przychodzą do domu cierpienia i muszą zmierzyć się ze swoimi lękami: przed bezsenssem, winą i śmiercią. Zresztą, nawet po reformie sumienie lekarza, pielęgniarzki, wolontariusza, kapelana będzie bodaj największym skarbem szpitali.

Przypisy:

¹ Referat wygłoszony do pracowników służby zdrowia w Wojewódzkim szpitalu Zespolonym w Płocku, 7.II.1998 r., podczas sesji zorganizowanej przez Dyрекcję Szpitala i Duszpasterstwo służby zdrowia z okazji Światowego Dnia Chorego.

² Por. Papieska Rada do spraw duszpasterstwa służby zdrowia, Karta Pracowników Służby Zdrowia, Watykan 1995, n. 1.

³ Por. I. Mroczkowski, *Osoba i cielesność. Moralne aspekty teologii ciała*, Płock 1994, s. 228.

⁴ W. Tatarkiewicz, *O szczęściu*, Warszawa 1985, s. 141

⁵ Por. tamże, s. 142-145.

⁶ A. Emery, *Cierpienie i ból*, „Communio” 1989, nr (50), s. 34.

⁷ Por. P. Huebner, *Leid, Schmerz, Krankheit. Defekt oder Signal?*, w: Ignis - Basistexte. Hrsg. Deutsche Gesellschaft fuer Christliche Psychologie e. V., n. 4, Wuerzburg 1990, s. 27.

⁸ Por. B. M. Ashley OP, *Kim jesteśmy w świetle nauki?*, „Znak” 1993, nr 452, s. 7-8.

⁹ Pr. M. Scheler, *O sensie cierpienia*, „Znak” 1986, nr 384/385, s. 22-23

¹⁰ Tamże, s. 23.

¹¹ Por. K. Wojtyła, *Osoba i czyn*, Kraków 1969, s. 191-194.

¹² Por. D. von Hildebrand, *Serce. Rozważania o uczuciowości ludzkiej i uczuciowości Boga-Człowieka*, Poznań 1987, s. 51.

¹³ P. Tillich, *Męstwo bycia*, Paris 1983, s. 41-42.

¹⁴ Tamże, s. 55

¹⁵ V. E. Frankl, *Homo patiens. próba wyjaśnienia sensu cierpienia*, Warszawa 1971, s. 279.

¹⁶ Frankl, *Homo patiens*, s. 77-78.

¹⁷ Jan Paweł II, *Evangelium vitae*. Encyklika o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego, Watykan 1995, n. 25.

¹⁸ H. R. Wulff, S. A. Pedersen, R. Rosenberg, *Filozofia medycyny*, Warszawa 1993, s. 85.

¹⁹ S. Kierkegaard, *Begrebet Angst*, cyt. za: *Filozofia medycyny*, dz. cyt. s. 170.

²⁰ Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, n. 18.²¹ Tamże, n. 22.

SOMMARIO

LA SOLITUDINE DELL'UOMO SOFFERENTE.
LA RIFLESSIONE ANTROPOLOGICO- ETICA

L'Autore, riflettendo sull'aspetto etico della cura degli ammalati, distingue due tipi della solitudine. Esiste la solitudine come mancanza dei vicini e la solitudine come sfida per la razionalità e la volontà umana. Sul livello della prima solitudine, cresce il timore degli ammalati; sul livello della seconda, invece, ogni ammalato deve affrontare le fondamentali paure dell'uomo: morte, colpa e assurdità della vita.

Tutti quelli che assistono gli ammalati, lo devono fare come persone competenti. Soltanto in questo modo si possono ridurre i timori dei sofferenti. Nessuno deve ignorare le paure degli ammalati. D'altra parte, ogni ammalato deve da solo lottare con le proprie paure. Tutti quelli che assistono i sofferenti, devono superare la meccanizzazione della medicina odierna, difendere la civilizzazione della vita e curare la verità della propria coscienza.

Dlatego właśnie leczenie nieleczalnie chorych jest sztuką. Sztuka oznacza unikalny, niepowtarzalny kontakt między lekarzem i chorzy. Ten kontakt podlega sukcesowi. Poza sztuką istnieje utylitaryzm. Utylitarysta opiera się na zasadach postępowania lekarskiego. O nich właśnie chce tu mówić.

Aby móc skutecznie prowadzić chorego, trzeba wyobrazić nie tylko, o śmierć kładzie swój ciężar na jego dymach, trzeba rozumieć trzy główne zasady postępowania. Lbyć im wzmocnić.

Pierwsza to dobra znajomość historii naturalnej choroby, zjawisk choroby, z którą mamy do czynienia. Znajomość biologicznych zjawisk zdarzeń. Znajomość objawów uprzedzających dolegliwość. Zasadę to na przygotowanie chorego na to, co nastąpi. Chory przygotowany potrafi wytrzymać dolegliwość. Chory zaskoczony poddaje się bólowi i trwoli.

Zasadę drugą to poznanie i zrozumienie chorego. Także chorzy oparty jest o znajomość zdolności rozumowania chorego. Należy poznać jego rasę i inteligencję. Poznać przebieg, oczekiwania i twoli. Poznać jego sposób myślenia. Zająć się do jego „wewnętrznego człowieka”.

Po trzecią, nie być się jego choroby. Odnieść choroby do jej sukcesu. Chociaż nie chwile usunąć wiedząc w danej chwili dolegliwość. W końcu jest ona, co nie da się prosto usunąć, a co nazywa się „darem leczenia”. Jeżeli lekarz posiada ten dar, wszystko jest możliwe. Jeżeli nie, to umiejętnością i zrozumieniem można odnieść sukces, ale nie będzie to doskonała sztuka.

Maną dzisiaj szereg danych wskazujących, że istnieje pewna zależność między stanem ducha, a dolegliwościami somatycznymi. Trwoli, lęk, niepewność, odizolowanie, samotność nasilają ból, dezynwoltę, nudności, brak apetytu, wymioty i całkowity brak sił. Bezsenność i beznadziejność potrafią zmniejszyć choroby.

Znajomość tych faktów jasno wskazuje, jak ważny jest namacanie chorego przystych radości codziennego życia. Gdy nie jest się dolega, nie zauważamy piękna codzienności, sprawności ciała, codziennych radości życia. Radość i drobnej chwili jest