

Zbigniew Bohdan

O języku cierpienia

Niepełnosprawność nr 6, 9-17

2011

Artykuł został 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.

Zbigniew Bohdan

O języku cierpienia

Nigdy nie ogarnę całego dobra,
jakiego dokonać może zwykły uśmiech
MATKA TERESA Z KALKUTY Myśli wyszukane

Niech się wszystkie tony radości złączą w mej ostatniej pieśni: radość, od której ziemia się przelewa szaloną bujnością trawy, radość, która każe tańczyć bliźniętom, życiu i śmierci, po rozległych przestrzeniach świata, radość, która leci z burzą, śmiechem potrzęsając i budząc wszystko co żyje, radość, która siedzi milcząca, zalana łzami na rozkwitłym czerwonym lotosie bólu, i radość, która rzuca w proch wszystko, co posiada, nie odzywając się ani słowem
RABINDRANATH TAGORE Gitańdzali, 58

Kiedy się radujesz, zapamiętaj to dobrze w sercu.
Zobaczysz – to co stwarza Ci ból, przynosi również radość.
Kiedy jesteś smutny, spójrz z powrotem w serce,
a zobaczysz, że płaczesz wspominając to, co przyniosło Ci radość
KAHLIL GIBRAN

Język według definicji słownikowej, to ukształtowany społecznie system budowania wypowiedzi, używany w procesie komunikacji międzyludzkiej Służy on do przedstawiania przedmiotów, czynności, czy abstrakcyjnych pojęć za pomocą umownych znaków. Język to także system artykułowanych dźwięków, układających się we frazy, zgodnie z przyjętą konwencją w procesie porozumiewania się międzyludzkim. Język mówiony jest utrwalany jako język pisany za pomocą pisma, obrazu. Oprócz tego można mówić o języku gestów (język migowy, dotyk), o języku ciała (np. balet, pozycja ciała), czy o języku muzyki (notacja).

Zawody głęboko zanurzone w ludzkiej egzystencji (medycyna, pedagogika, psychologia duchowość), wsłuchujące się w życie na różnym poziomie rozwoju, życie dodatkowo naznaczone piętnem krzywdy i straty – często mają do czynienia z innym językiem, bardziej opartym na intuicji, językiem odczytującym ukryte ludzkie cierpienie. Ta swoista wrażliwość? spostrzegawczość? nie zawsze wynika z wiedzy fachowej, doświadczenia zawodowego. Często jest pochodną własnych doświadczeń, osobistej indywidualnej drogi obserwowania lub doznawania cierpienia w najbliższym otoczeniu. Tak kształtowana wrażliwość (nad-

wrażliwość?) powoduje inne postrzeganie codzienności, sygnałów wysyłanych przez człowieka w potrzebie, napiętnowanego cierpieniem i odrzuceniem. Zjawisko to dotyczy zwłaszcza zawodów powiązanych z misją służenia drugiemu (powołaniem, choć słowo to od lat starano się wykarzczać z naszej świadomości).

Czy można się tego języka nauczyć? Jeśli tak, to co jest kluczem do poznania tego swoistego systemu znaków, co jest płaszczyzną porozumiewania się? Czy nauka zawodu uczy języka komunikacji, stosownie do sytuacji, z którymi możemy mieć do czynienia? A może taką umiejętność należy sprawdzać przed podjęciem studiów, traktując ją jako własny zasób, niejako przygotowanie zawodowe do przyszłych doświadczeń. Całe nasze życie jest nacechowane odbiorem sygnałów zewnętrznych, pozwalających funkcjonować w szeroko pojętym środowisku społecznym. Najpierw tym małym – rodzinnym, potem stopniowo w szerszym – edukacyjnym, zawodowym. W miarę dojrzewania do nowych zadań pogłębiaamy wiedzę z zakresu języka komunikacji, umożliwiającego swobodne porozumiewanie się i odbieranie sygnałów z otoczenia. Nauka tego języka trwa przez całe życie, pozwala uniknąć niebezpieczeństw, komunikować o potrzebach, wyznacza obszary aktywności międzyludzkiej.

Małe dziecko uczy się świata przez obserwacje zachowań najbliższego otoczenia, szeroko pojętej rodziny, choć najpewniej matki, z którą ma najwięcej do czynienia. Macierzyństwo uświadomione rozpoczyna się już we wczesnym okresie ciąży, stanowi zbiór wyobrażeń i oczekiwań dotyczących przyszłego dziecka – nałożony na szereg procesów fizjologicznych zachodzących w organizmie matki. Dla mężczyzny pojawienie się potomstwa jest zwykle szokiem. Dociera do niego nagle, że pojawia się oto „ciało z jego ciała, krew z jego krwi”. Proces osvajania się z nową rzeczywistością często trwa długo, ponad okres niemowlęstwa. Kobieta w chwili porodu ma to niejako wcześniej poukładane, ukształtowane przez cały okres oczekiwania na rozwiązanie. Pediatrzy mają porzekadło: „jaka ciąża takie dziecko”. Tak więc język i komunikacja dotyczą także okresu oczekiwania na przyjście dziecka na świat. Życie płodowe nie jest okresem, w którym „zlepek kształtujących się tkanek”, jest pozbawiony refleksji, odczuć, doznań – w tym także bólu, lęku, cierpienia, którego nie jesteśmy w stanie mierzyć (co nie znaczy nieobecnego).

Współczesna medycyna do niedawna uważała, że małe dziecko w łonie matki, nie doznaje uczucia bólu. Dzięki badaniom neurochemicznym w ostatnich latach możemy dużo więcej powiedzieć o fizjologii odczuwania bólu. Płód odczuwa ból w takim stopniu, na jaki pozwala mu rozwój szlaków bólowych. Badania Hookera i współpracowników potwierdziły, że skórne receptory percepcyjne u płodu zaczynają się pojawiać już w 7. miesiącu ciąży i stopniowo są rozmieszczane na całej skórze i śluzówkach przez 20 tygodni ciąży. Badania w mikroskopie elektronowym wykazały, że najbardziej dynamiczny rozwój różnych typów ko-

mórek rogów grzbietowych dokonuje się do 13–14 tygodnia ciąży i jest zakończony w okresie do 30. tygodnia ciąży.

Do niedawna uważano, że płód i wcześniak nie są zdolne do odbierania bodźców bólowych z powodu braku pełnej mielinizacji włókien nerwowych. Dziś wiadomo, że niedokonana, niepełna mielinizacja, powoduje jedynie wolniejsze przewodzenie bodźców, oznacza to, że małe dzieci są zdolne do odczuwania bólu. Ostateczna dojrzałość większości włókien nerwowych jest zakończona w 37. tygodniu ciąży, choć formowanie i ostateczna mielinizacja nocyceptywnych centrów mózgowia może trwać nawet do 2. roku życia.

Z powyższych rozważań wynika, że wbrew obiegowym opiniom płód i noworodek odczuwają ból o różnym nasileniu, a jego zrozumienie jest tylko kwestią wyczulenia i spostrzegawczości otoczenia. Swoisty język ciała, odmienne zachowanie się dziecka, zmiana usposobienia (zarówno nadmierny spokój, jak i pobudzenie), mogą być sygnałem dolegliwości wymagających wyjaśnienia. Na tym etapie rozwojowym zastanawiać powinna wszelka „inność zachowania”, bowiem niewielkie rozmiary dziecka sprowadzają obserwację jego zachowania do sygnałów zaledwie dostrzegalnych, wymagających wielkiego doświadczenia i wrażliwości. Odchylenia od stanu prawidłowego, z zakresu działania układu nerwowego, mogą być jeszcze zaliczane do szeroko pojętej normy wiekowej – wymagają obserwacji i porównywania po kilku tygodniach czy miesiącach. Czasami medycyna ucieka się do bardziej precyzyjnych badań obrazowych, ale i tu nie zawsze można uczciwie wyrokować o dalszych losach dziecka. Przełomowym momentem w przełamywaniu bariery obojętności na cierpienie dzieci były badania K. Ananda i współpracowników (1987), dotyczące niemowląt po zabiegach chirurgicznych. Wykazali oni, że zabiegi z niepełnym znieczuleniem lub bez niego (!) powodują u niemowląt silną reakcję stresową ze wzrostem poziomu katecholamin, kortykosterydów, glukagonu, hormonu wzrostu oraz spadek poziomu insuliny z następową hiperglikemią, wzrostem poziomu ciał ketonowych i mleczanów we krwi. Odwrotnie jest u niemowląt, u których stosowano głęboką analgezję (znieczulenie). Obserwowano wyraźnie mniejszą liczbę powikłań i szybszy powrót do zdrowia. Mimo że wiedza o fizjologii bólu i sposobach jego zwalczania jest coraz większa, nadal w naszym kraju zużycie leków przeciwbólowych, w tym opiatów u dzieci, od lat utrzymuje się na niezmiennym, niskim poziomie. Świadczy to o utrzymującym się, niechętnym do zmian, schematycznym traktowaniu zagadnienia bólu u dzieci, pokutujących mitach i przesądach.

Oczywiście cierpienie i ból możemy sprowadzić do parametrów mierzalnych fizycznie i chemicznie, ale nadal nie mamy definicji, która by precyzyjnie ogarnęła całość zagadnienia. Trzeba również pamiętać, że ból towarzyszy nam, jako doświadczenie, przez całe życie i może mieć także znaczenie pozytywne, ostrzegając przed niebezpieczeństwem, sygnalizując niekorzystne zmiany dotyczące nasze-

go organizmu i jego relacji z otoczeniem. W najczęściej stosowanej definicji Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (International Association for the Study of Pain – IASP) ból jest to nie mile doznanie zmysłowe i emocjonalne, doświadczenie połączone z aktualnym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek, lub opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia. Podkreśla się także, że indywidualne odczuwanie bólu nie jest proporcjonalne do stopnia uszkodzenia tkanek. W definicji Mountcastla: „ból są to doznania występujące pod wpływem bodźców uszkadzających tkanki lub zagrażających ich zniszczeniem i odbieranych przez każdego człowieka jako szkodliwe”. Ból jest zawsze subiektywny: każdy człowiek uczy się znaczenia tego terminu przez własne doświadczenia związane z obrażeniami odniesionymi wcześniej. Podobnie każdy uczy się wrażliwości na doświadczenie drugiego przez pryzmat własnych doznań. Trudno zrozumieć odczucia innych bez autorefleksji sięgającej do własnego cierpienia.

Prof. onkologii, Diane Komp, w swej przejmującej książce pisze: „ból jest to co człowiek, którego boli, nazywa bólem. Jako lekarz, który czasami musi zadać ból dziecku, muszę zrozumieć długość, szerokość i wysokość bólu z punktu widzenia dziecka. Muszę wczuć się w ich sytuację, jeśli mam im pomóc w ich szczególnej sytuacji. Ci z nas, których praca polega na zapobieganiu lub uśmierzaniu bólu dzieci, stają przed dodatkowym wyzwaniem, próbując zrozumieć ból z ich punktu widzenia. Nie odważamy się myśleć, że punkt widzenia dziecka jest taki sam jak nasz. Dzieci rzadko myślą o lekarstwach jako rozwiązaniu problemu bólu w sekwencji przyczyna-skutek. Ich nadzieja na ulgę w bólu wypływa z bardziej osobistych rozważań. Nie można oddzielić bólu psychicznego od fizycznego doświadczenia zabiegów lekarskich”. W rozmowie z Andre Frossard, papież Jan Paweł II mówi o swoim zakłopotaniu wobec cierpiących. „Wiem z własnego doświadczenia, przede wszystkim z okresu mojej młodości, że cierpienie ludzkie przede wszystkim mnie onieśmielało. Trudno mi było przez pewien czas zbliżyć się do cierpiących, gdyż odczuwałem jakby wyrzut, że oni cierpią, podczas gdy ja jestem od tego cierpienia wolny. Prócz tego czułem się skrupowany, uważając, że wszystko, co mogłem im powiedzieć, nie ma pokrycia po prostu dlatego, że to oni cierpią, a nie ja. Jest coś prawdy w tym powiedzeniu: „nie zrozumie zdrowy cierpiącego”, choć można by odwrócić to twierdzenie, bo i chory jakoś może nie zrozumieć zdrowego; nie może zwłaszcza zrozumieć tego, że on także w inny sposób cierpi z powodu jego cierpienia (...) dopomogli mi sami cierpiący. Spotykając się z nimi, przekonywałem się stopniowo, aż w końcu przekonałem się definitywnie, że pomiędzy ich cierpieniem, jako faktem obiektywnym, a ich własną osobistą świadomością tegoż cierpienia, zachodzą relacje zupełnie nieoczekiwane. Szczegółem moich doświadczeń w tej dziedzinie było to, gdy raz usłyszałem z ust człowieka, którego stan obiektywnie był ogromnie ciężki, takie wyznaczenie: „ksiądz nie wie, jak bardzo jestem szczęśliwy”. Nawet nie pytałem, dlaczego? Zrozu-

miałem bez słów, co się musiało dokonać w duszy mojego rozmówcy, jak mógł przebiegać ten proces – a przede wszystkim, Kto mógł go w nim dokonać? Odtąd spotykałem się z cierpiącymi bardzo często (...), trafiałem na ślady tego procesu, rozpoznając różne jego stadia, poniekąd też różne jego modyfikacje”.

W przytoczonym opisie wydaje się, że najbardziej trafną jest konstatacja zakłopotania i wycofania, które towarzyszy zetknięciu się z cudzym cierpieniem. Pierwszą myślą jest chęć ucieczki od własnej nieporadności, braku doświadczenia, swoistego braku oferty. Taka postawa jest najczęstszą, wręcz powszechną, reakcją na spotykane nieszczęście. Ludzie boją się cierpienia, jakby było ono chorobą zakaźną. Boimy się trochę samych siebie, nie do końca mogąc zapanować nad własnymi emocjami i brakiem doświadczenia. W notatniku Edwarda Muncha jest fragment dotyczący jego relacji z chorą, umierającą siostrą: „Na podwórzu pod nr 48 było tyle brudu i kurzu – po sąsiedzku był maleńki skrawek ogródka. Siedzieliśmy tam na ławce pod płotem. Oparła głowę na moim ramieniu, jakże zwiędłe miała włosy na skroniach. Przedziałek zrobił się taki szeroki. Oddychała ciężko – i ta sina przezroczysta skóra. Nie odzywaliśmy się do siebie. Cóż mieliśmy mówić. Właściwie zawsze trochę się siebie wstydziliśmy...”. Artysta miał wtedy 14 lat, a śmierć siostry była kolejną stratą w jego życiu (po bolesnej utracie matki, kiedy był pięciolatkiem). Cała twórczość malarska E. Muncha była nasycona symbolami i bolesnymi wspomnieniami doznanych cierpień. Nazywano go malarzem cierpienia, a jego obrazy językiem opisu emocji, strat i współodczuwania bólu. Milczenie i zawstydzenie opisane przez E. Mucha, to dość częste postawy (także u profesjonalistów), dość powszechną jest maska obojętności, drobiazgowego przestrzegania przepisów, oschłość gestów i języka, automatyzmy. Zachowanie takie ma chronić przed zaangażowaniem się emocjonalnym, w dalszej perspektywie przed wypaleniem zawodowym.

Nadal jednym z największych problemów klinicznych jest ocena bólu u noworodków i małych niemowląt. Podobne trudności diagnostyczne może sprawiać obserwacja cierpienia u dzieci z uszkodzeniami centralnego układu nerwowego i zaburzeniami komunikacji. Nie ma pojedynczej, wymiernej cechy, służącej do oceny tego złożonego zjawiska emocjonalnego i fizycznego. Proponowane wieloskładnikowe skale oceny bólu próbują zbliżyć się do zjawiska, starając się je zobiektywizować. Dodatkową trudność stanowi brak jakiegokolwiek porozumienia słownego, precyzującego dolegliwości w tej grupie wiekowej. Im młodszy jest wiek dziecka, tym trudniejsza jest ocena nasilenia i lokalizacja bólu. Obserwujemy w takich przypadkach tendencję do uogólniania się dolegliwości, co stwarza duże trudności diagnostyczne. Zapalenie ucha środkowego może powodować u niemowlęcia zarówno wyraźną obronę w badaniu miejscowym, podobną reakcję w badaniu palpacyjnym jamy brzusznej, jak i objawy uogólnionego niepokoju i dolegliwości ze strony centralnego układu nerwowego. Małe

niemowlę choruje całym organizmem. Trzeba nieco czasu, by poznać odmienność zachowania dziecka związaną z chorobą. Z pewnością podstawowym obserwatorem tego swoistego języka ciała jest matka dziecka, lub jego bezpośrednia piastunka. To ona potrafi rozróżnić rodzaje płaczu, sygnały pokazujące niewygodę, mokrą pieluchę, niepokój, pragnienie czy głód. Języka tego można się nauczyć, choć pewnie bardziej posiadając własne dziecko, niż z książki fachowej.

Czasami taką wiedzę nabywamy przez indywidualne doświadczenie zawodowe, wyostrające zmysły na obserwowane kolejne jednostkowe przypadki. Jak w całej przyrodzie, każda matka dokładnie rozpoznaje dźwięki swego dziecka, przywołujące w niebezpieczeństwie. Jest to wiedza osobnicza, instynkt i intuicja, pozwalająca gatunkom na przeżycie, mimo zmienności warunków środowiska. Pięknie pisał o tym noblista Singer. Człowiek często wymyka się swym zachowaniem takim normom zwyczajowym, organizacja w społeczeństwie w pewnym sensie osłabia zdrowe zachowania instynktowne, rozkłada odpowiedzialność na liczne podmioty. Nie można przygotować się do życia w rodzinie, w małżeństwie, w chorobie – czysto teoretycznie, bez osobistego udziału. Taką wiedzę kształtuje doświadczenie własne, a ono z kolei jest indywidualną drogą, na którą często nie mamy wpływu. Dzieci, oprócz intuicyjnego uczestniczenia w życiu rodziny (intonacja, nasilenie głosu rodziców, gesty, postawy, słowa), mają dużą zdolność naśladownictwa. To buduje ich przyszłe postawy w społeczeństwie w relacjach z bliskimi. Jak więc czytać ten swoisty indywidualny język wysyłanych sygnałów? W obserwacji klinicznej podczas stymulacji bólowej u niemowląt pojawiają się zazwyczaj:

- a) przyspieszenie akcji serca i oddechu (serce waliło mu jak młot),
- b) przyspieszenie motoryki jelit,
- c) wzrost ciśnienia tętniczego krwi,
- d) piloerekcja (uniesienie włosów) – mówimy: włosy stanęły mu dęba ze strachu,
- e) rozszerzenie źrenic (strach ma wielkie oczy),
- f) dreszcze, tzw. „gęsia skórka”.

Przedstawione wyżej, obiektywne, wymierne cechy kliniczne, określono jako składową fizjologiczną bólu.

Inną grupę metod oceny pośredniej bólu stanowią metody behawioralne. Należy zwrócić szczególną uwagę na ułożenie tułowia, rąk i nóg dziecka (przykurczone nogi, pozycja embrionalna lub odwrotnie, sztywne ułożenie ciała), wygórowane reakcje cofania i obronne. Czasami dziecko, zwłaszcza małe, układa się w pozycji przynoszącej mu ulgę, czasami oszczędza jakąś okolicę ciała. Warto więc zwrócić uwagę na zachowanie się pacjenta, zanim przystąpimy do właściwego badania. Ważnym elementem badania jest obserwacja zachowania dziecka, warto skorzystać ze spokoju związanego ze snem. Wtedy wiele parametrów obiektywnych (tętno, oddech – jego częstość i rytm, ciśnienie, ułożenie ciała) jest pozba-

wione emocji i lęku. Małe dzieci (pewnie jak wielu z nas) nie lubią pośpiechu w badaniu, gwałtownych ruchów, zimnych rąk. Dobrze jest skorzystać z pomocy rodziców, umieszczając dziecko na kolanach, w ramionach osoby bliskiej... Pomocne w ocenie bólu są także obserwacje mimiki i płaczu dziecka. Wrażliwa matka doskonale odróżnia rodzaj płaczu jako reakcję dziecka na różne bodźce z otoczenia, w tym stres i ból. Czasami płacz jest jedynie sygnałem wzywającym do usunięcia niewygody, np. mokrej pieluchy. Należy pamiętać, że nasilenie płaczu jest cechą indywidualną i nie może być traktowane jako miernik dolegliwości. Inną formą sygnalizowania dolegliwości może być utrata łaknienia, niechęć do nawiązywania kontaktów, do zabawy, apatia, zachowania lękowe. Czasami zwraca uwagę otoczenia osłabiona zdolność do koncentracji lub trudności w zasypianiu. Wszystkie opisane reakcje powinny być analizowane przez personel i oceniane we współpracy z rodzicami dziecka. Warto pamiętać, że reakcje behawioralne mogą okazać się bardzo pomocne, jednak ich brak nie musi oznaczać braku dolegliwości u dziecka.

Kolejnym ważnym elementem opieki nad chorym dzieckiem (chorym domownikiem) jest dostrzeżenie bólu i cierpienia otoczenia pacjenta. Każdy, kto choć trochę jest wnikliwym obserwatorem relacji w rodzinie, musi dostrzec różne elementy tego zjawiska. Elementami tego języka są milczenie lub przemilczanie zachodzących zjawisk, brak komunikacji w rodzinie, atomizacji i osamotnienie, czasami przeżywanie żałoby zanim ona nastąpiła (to zwłaszcza przy chorobie przedłużającej się i wolno postępującej). Dodatkowym aspektem cierpienia, związanego z chorobą dziecka, jest utrata planów z nim związanych. Swoisty ból duszy. Jak w wierszu Emily Dickinson:

Dusza Zastyga w bezruchu
Gdy zbyt zatrwożona by drgnąć
Wyczuwa blisko nadchodzący przerażający Strach
Ten zatrzymuje się by jej się przyjrzeć...

Strach o przyszłość, następstwa choroby, brak samodzielności dziecka, jego los kiedy opiekunowie się zestarzeją. Rodzice tracą własne perspektywy związane z marzeniami o naturalnej drodze rozwojowej dziecka. Bywa, że rujnująca życiowe plany choroba, przekracza możliwości adaptacyjne i powoduje rozpad rodziny. Społeczne konteksty opisywanych zjawisk izolują najbliższe otoczenie chorego dziecka, często skazując na samotność. Píše o tym Fourier: „ojciec dziecka upośledzonego powinien chodzić z grobową miną. Powinien dźwigać swój krzyż z boleścią wypisana na twarzy. (...) Bo taki ojciec nie ma prawa się śmiać, byłoby to w absolutnie najgorszym guście. (...) Skoro los nie był łaskawy, człowiek musi prezentować się stosownie, wyglądać na zgnębnionego, tak bowiem wypada...”.

Kolejna twarz cierpienia, zwykle niedostrzeganego, czasem z powodu braku czasu, a czasem bezradności czy znieczulicy. Jak zresztą zaradzić opisanej sytuacji, trzeba by przekroczenia siebie, postępowania niestandardowego, trochę wbrew własnym interesom, bezpiecznego sumienia. Większość z nas zresztą nie ma zawodowo gotowych scenariuszy, nie potrafi samemu zmierzyć się z własnymi doświadczeniami strat i pożegnań. Pisze o tym w wielu publikacjach prof. Manu Keirste: „mój młodszy brat wraca do domu (...) Pyta, jak czuje się mama. Nie mówi wiele, ale prawie niedostrzegalnie idzie w stronę kanapy, na której teraz nikt nie leży, porządkuje koce, zmienia brudną szklankę na czystą i kładzie kilka chusteczek higienicznych. Mało słów, ale troska, z jaką myśli o małych rzeczach, jest bardzo wymowna. Zazwyczaj robi to, gdy nikt nie widzi, tak aby nie spostrzegł tego, jak choroba mamy mocno go dotyka. Każdy w inny sposób radzi sobie z uczuciami. To niesamowite, że członkowie tej samej rodziny mogą tak różnić się między sobą, a mimo tego wykazywać podobne cechy... „Nikt nas nie uczy (oprócz lektur i osobistego doświadczenia), jak mamy się zachowywać w czasie próby związanej ze stratą. W jakimś sensie w los ludzki jest wkomponowana myśl o tymczasowości naszego bytu. Radość posiadania przedmiotu, stanu zachwyty, obecności człowieka – rodzi refleksję nad możliwą tego utratą, radość sąsiaduje z egzystencjalnym smutkiem (często nieuświadomionym). Pisze o tym Agata Tuszyńska: „Przez lata żyłam w poczuciu niedoczasu. W lęku przed stratą. Ze świadomością, że stanie się coś, co odbierze mi to co mam. Mojego mężczyznę, moje obrazy i książki, zdjęcia tych, których pokochałam AM. Przybijalam skrupulatnie i w wielu miejscach kolejne ramy na ścianach, wiedząc, że w każdej chwili mogę wszystko stracić. Nie wiem skąd to jest we mnie. Nikt mi tego nigdy nie powiedział, ani nie nauczył. Tak jest. Wiem, że muszę być gotowa na porzucenie wszystkiego, odebranie, spalenie. Na klęskę”.

Wiele osób doznaje podobnych uczuć w sytuacji osobistych zagrożeń. Dojmująca „samotność wśród tłumu”, poczucie beznadziejności, bezradność, niezawiniona izolacja i odrącenie. Czy jest sposób, by zmienić ten dość smutny obraz dotyczący naszego najbliższego otoczenia (niezależnie od stref klimatycznych, języka, posiadanych zasobów)? Zapewne powinniśmy zwracać większą uwagę na poznawanie języka cierpienia. Powinien być on przedmiotem większej troski uczelni, zwłaszcza dziedzin pochyłających się nad człowiekiem o słabej kondycji. Poznawanie i tłumaczenie sytuacji człowieka odrzucanego, izolowanego może pomóc poznawać własne reakcje i ograniczenia w czasie naszych własnych egzaminów i prób życiowych.

Matka Teresa z Kalkuty – Do studentów medycyny: Błagam Was, nie przyłączajcie się do tych milionów już pracujących lekarzy, którzy tylko przepisują lekarstwa. Traktujcie każdego pacjenta z miłością i współczuciem, i spełniajcie nadzieje, z którymi do was przychodzi. Używajcie swoich rąk, które są narzędziami

dziem pokoju, do przywracania życia. Nie bądźcie jak inni, którzy używają ich do niszczenia. Pokój na świecie buduje się nie siłą, lecz miłością (...), módlcie się o to, aby ludzie na całym świecie stali się braćmi i siostrami, i zrozumieli wagę tej modlitwy...". Poprowadź mnie ze śmierci do życia; z fałszu ku prawdzie. Poprowadź mnie z rozpaczy ku nadziei. Z lęku do wiary. Poprowadź mnie z nienawiści do miłości. Z wojny do pokoju. Niech pokój nappełni nasze serce, nasz świat i wszechświat...".

Bibliografia

- Aldridge J. (2008), *Jak żyć z poważnie chorym dzieckiem*, Wydawnictwo WAM, Kraków, s. 10
- Anand K.J., Carr D.B., Hickey P.R. (1987), *Randomized trial of high doses of fentanyl anaesthesia*, [w:] *Neonates undergoing cardiac surgery: Hormonal and hemodynamic stress responses*, „Anesthesiology”, 67, A502
- Frossard A. (1982), *Rozmowy z Janem Pawłem II. Nie lękajcie się*. Wydawnictwo Znak, Kraków
- Kierste M. (2005), *Pożegnanie z matką*, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom, s. 91
- Keirse M. (2005), *Smutek dziecka*, Polwen, Radom
- Komp D.M. (1997), *I dziecko będzie je prowadzić. Dzieci z nowotworem uczą, jak mieć nadzieję*, Wydawnictwo Verbinum, Warszawa, s.105
- Matka Teresa (2008), *Mysli wyszukane*, Wydawnictwo Znak, Kraków, s. 91
- Matka Teresa z Kalkuty (1997), *Radość z kochania*, Wydawnictwo słowo/obraz terytoria, Gdańsk
- Naess A. (2007), *Munch – biografia*, Wydawnictwo WAB, Warszawa, s. 34
- Tagore R. (2011), *Bezkresne owocowanie*, Wydawnictwo KOS, Katowice, s. 16
- Tuszyńska A. (2007), *Ćwiczenia z utraty*, Wydawnictwo Literackie, s. 109

About the language of suffering (Summary)

This paper presents suffering as one of the disability aspects. The author emphasizes the role of empathy in all professions that deal with human suffering. He claims that the level of empathy is not always dependent on education and professional knowledge, but also private experiences. Author takes into consideration many possibilities of overcoming impassivity as well as difficulties in empathy learning.