

Stolarczyk, Julian

Sztuka leczenia nieuleczalnie chorych

Studia Płockie 26, 119-123

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.

Julian Stolarczyk

SZTUKA LECZENIA NIEULECZALNIE CHORYCH

Sam tytuł pozornie paradoksalny oddaje złożoność sprawy. Przywykliśmy leczyć, aby wyleczyć. Tu mamy opiekować się chorym, aby czas, który pozostał mu do przeżycia, przeżył możliwie szczęśliwie i godnie.

Dlatego właśnie leczenie nieuleczalnie chorych jest sztuką. Sztuka stwarza unikalny, niepowtarzalny kontakt między lekarzem i chorym. Ten klimat jest podstawą sukcesu. Poza sztuką istnieje umiejętność. Umiejętność oparta na zasadach postępowania lekarskiego. O nich właśnie chcę tu mówić.

Aby móc skutecznie prowadzić chorego, którego wyleczyć nie można, a śmierć kładzie swój cień na jego dniach, trzeba rozumieć trzy główne zasady postępowania i być im wiernym.

Pierwsze to dobra znajomość historii naturalnej określonej, nieuleczalnej choroby, z którą mamy do czynienia. Znajomość biologicznych następstw zdarzeń. Znajomość objawów uprzedzających dolegliwości. Zezwala to na przygotowanie chorego na to, co nastąpi. Chory przygotowany potrafi sprostować dolegliwościom. Chory zaskoczony poddaje się bólowi i trwodze.

Zasada druga, to poznanie i zrozumienie chorego. Sukces leczenia oparty jest o znajomość zdolności reagowania chorego. Należy poznać jego bagaż z przeszłości. Poznać przeżycia, oczekiwania i trwogi. Poznać jego sposób myślenia. Zbliżyć się do jego „wewnętrznego człowieka”.

Po trzecie, nie bać się jego choroby. Odnieść choćby drobny sukces. Choć na chwilę usunąć wiodącą w danej chwili dolegliwość. W końcu jest coś, co nie da się prosto ująć, a co nazywa się „darem leczenia”. Jeżeli lekarz posiada ten dar, wszystko jest proste. Jeżeli nie, to umiejętnością i zrozumieniem można odnieść sukces, ale nie będzie to doskonała sztuka.

Mamy dzisiaj szereg danych wskazujących, że istnieje pełna zależność między stanami ducha, a dolegliwościami somatycznymi. Trwoga, lęk, niepewność, odczucie zbędności nasilają bóle, duszność, nudności, brak apetytu, wymioty i całkowity brak sił. Bezsenność i beznadziejność potrafią zniszczyć chorego.

Znajomość tych faktów jasno wskazuje jak ważnym jest nauczenie chorego prostych radości codziennego dnia. Gdy nic nam nie dolega, nie zauważymy piękna codzienności, sprawności ciała, codziennych radości ducha. Radość z drobnej chwili jest

motorem ducha. Kiedy jesteśmy niesprawni i wysiłek, aby sięgnąć po szklanekę wody wydaje się ogromny, wszystko traci wartość. Sądzymy, że nic już nie mamy przed sobą. Wszystko staje się beznadziejne, pełne totalnego bólu. Łatwo wtedy o całkowite poddanie, bierność i chęć śmierci.

Aby takiemu choremu powrócić smak drobnych radości życia trzeba coś szybko poprawić. Potrzebny jest pozornie drobny, ale odczuwalny sukces. Czy to sen, czy usunięcie jakiegoś bólu, czy zniesienie nudności i wymiotów, czy regulacja stolca. Mały sukces nas uwiarygodnia. Mały sukces sprawia, że chory nabiera zaufania. Czuje, że nie mamy lęku przed jego chorobą, że w trudnej jego sytuacji umiemy coś zmienić, poprawić i podarować. Słowa w tego typu sytuacji są niczym. Liczą się fakty i prawdziwa obecność.

Przygotowanie chorego na nowe fakty w ramach jego postępującej choroby jest zagadnieniem złożonym. Z jednej strony musimy unikać zaskoczenia. Lepiej chorego uprzedzić, że może krwawić po kaszlu, czy przy oddawaniu stolca, niż by ten fakt go zaskoczył. Z drugiej strony pełna informacja o etapach rozwijającej się choroby nie jest ważna, a często może być szkodliwa. Mamy nauczyć chorego życia dniem dzisiejszym. Radości z dobrej chwili. Mamy go nauczyć radości z drobnych osiągnięć, a zarazem przygotować na zdarzenia, które mogą być niespodziewane.

Często teoretyczne rozważania: co mówić chorym, są rozmową ślepego o kółkach. Prowadzone są przez ludzi którzy, albo nigdy naprawdę z tego typu chorymi nie byli, albo nie potrafią być.

Kiedy niosę Cię na plecach i jest Ci dobrze nie pytasz dokąd idziemy. Jest Ci to obojętne. Chcesz czuć moje ciepło, chcesz wiedzieć tylko czy Cię nie porzucę. Osiągnięcie tej właśnie platformy współbrzmienia jest dziełem sztuki i ideałem naszego działania. „Nie potrzebujesz mówić: chcę czuć całym człowiekiem, że jesteś ze mną, że mnie nie opuścisz, aż do ostatniego tchnienia”.

Jest to tak samo jak w przysiędze, którą my zdrowi składamy sobie wzajemnie. „Że będę Ci wierny i że Cię nie opuszczę aż do śmierci. Tak mi dopomóż Bóg”. My zdrowi, sprawni, tak chcemy, a cóż dopiero nieuleczalnie chorzy. Musimy nauczyć chorego żyć dniem dzisiejszym i czynić, aby dzień następny był przynajmniej tak samo dobry jak dziś, a może trochę lepszy. Musimy nauczyć się opanowywać powstające bóle i to ból całkowity, nie tylko jego somatyczną składową. Jest to możliwe. Znajomość mechanizmów i patofizjologii różnych przewlekłych bólów, „twarzy bólów”, jest kluczem sukcesu. Nie ma bólu, który nie da się dziś opanować lub zmniejszyć. Wymaga to umiejętności i wiedzy.

Z drugiej strony człowiek chory zdominowany bólami nie jest zdolny do istnienia. Przy dołączeniu bezsenności i przerażającego uczucia beznadziejności chory błaga, aby skrócić jego cierpienia. To właśnie prowadzi do poszukiwania czynnej eutanazji.

Jestem całkowicie przekonany, że pragnienie eutanazji u chorego jest naszą lekarską klęską. Klęska ta rodzi się z naszej nieumiejętności, braku wiedzy, niecierpliwości i nieopanowaniu chorego. Chory pozostawiony sam ze swoim bólem, beznadziejnością i bezsennością błaga, aby go zabić. Ten sam chory po szybkim opanowaniu jego trzech B, potrafi pełen wdzięczności cieszyć się następnym porankiem.

To właśnie choćby względne opanowanie dolegliwości somatycznych jest podstawą do stworzenia minimalnego komfortu codzienności. Zezwala na radość przespa-

nej nocy, przyjemności jedzenia, czystej skóry i świeżego łóżka. Jest to także fundament do oddechu duszy. Należy pamiętać, że uprzedzanie chorego o nowych przejawach choroby musi być rozsądne i uzasadnione spodziewanym pogorszeniem. Nie planujemy daleko, nie przewidujemy zdarzeń odległych. Żyjemy maksymalnie dobrze dziś. Gdy chory z rozpadającym się nowotworem będzie miał dreszcze i 40 stopni gorączki uprzedzamy go, że już na początku dreszczy ma wziąć określone leki, że gorączka i dreszcze to następstwo rozpadu guza, że potem guz będzie mniejszy, że wszystko ustąpi choć może jeszcze szereg razy się powtórzyć. W ten sposób nie narażamy chorego na zaskoczenie i trwogę. On sam na sobie sprawdza, że przewidzieliśmy co się stanie. Zaskoczenie budzi trwogę, niszczy zaufanie. Rozwój przewidzianych dolegliwości i ich opanowanie buduje zaufanie. Stwarza poczucie, że lekarz rozumie co się dzieje i umie sobie z tym poradzić. Chory w zdumiewający sposób odczuwa stany psychiczne lekarza, zwłaszcza jego niepewność, zniecierpliwienie i zdenerwowanie.

Podsumowując to co przedstawiłem dotychczas należy pamiętać, że radość z drobnych przyjemności jest sztuką życia. Powinniśmy umieć pielęgnować ją zarówno u chorych jak i u siebie. Doprowadza ona do klimatu wspólnoty i wzrostu wzajemnego zaufania. Wprawdzie doktor nie może mnie wyleczyć, ale sprawia że mogę jakoś żyć.

Istnieją tu jeszcze dwie bardzo ważne sprawy. Pierwsza to prawda, druga to aktywność. Kłamstwo jest ojcem wszelkiego zła. Wobec nieuleczalnie chorych jest nie tylko niemoralne, nieskuteczne, ale również głupie. Jeżeli kłamię, obiecując wylecznie czy nadmiernie bagatelizując chorobę, to nie mam szans na prowadzenie chorego do końca.

Progresja choroby zada oczywisty cios moim kłamstwom. Muszę wtedy uciec, zostawić chorego w najtrudniejszym momencie. Wszystko co skłamałem ujawni moją marność. Przewlekłe nieuleczalnie chorzy wiedzą, czy kłamię, czy też wiem co oni wiedzą i bez słów proponują działanie. Chory czuje czy go rozumiem i wie, że biorę go i staram się przenieść przez zły czas. Jeżeli chory czuje, że jestem „prawdziwy”, że umiem mu pomóc i że go nie opuszczę to nie pyta. Pytanie co mówić chorym – praktycznie nie istnieje. Chory czuje płaszcz mojej opieki, otula się nim i chce być ze mną. Na każde pytanie w tym związku należy odpowiadać uczciwie, z takim zakresem prawdy jaki chory może znieść. Gdy chory nagle pyta: jak długo będę jeszcze żył, kiedy to się skończy, jak ja będę umierał – odpowiedź nie zmyślona, typu: „to wie tylko Bóg, ja tego nie wiem. Natomiast wiem, że cię nie opuszczę i zrobię wszystko, abyś nie cierpiał”. Zwykle chory potem nie pyta. Jest otwarty, bliski i współpracuje w codzienności nadchodzących zdarzeń.

Sprawa druga to aktywność. Należy stworzyć szansę, aby chory mógł być choć minimalnie użyteczny. Pozwala mu to na odzyskanie szacunku dla siebie. Nawet minimalny czynny udział we wspólnocie domowej. Wszystko jedno co będzie robił, aby to mogło mieć wartość w jego i domowników oczach. Mogą to być proste prace domowe, czy dyktowanie wspomnień, czy w końcu zezwolenie na to, aby bliscy przez opiekę nad nim nauczyli się troskliwości i pielęgnacji drugiego człowieka. Nie powinniśmy zapominać, że Antoni Kępiński wszystkie swoje niezwykle książki podyktował w czasie śmiertelnej choroby nowotworowej, gdy był obłożnie chory. Był to czas jego dializy – wykonywanej głównie po to, aby zdążył to zrobić. Przedtem, gdy był docentem

i czynnym profesorem psychiatrii, żadnej książki nie napisał. Często na pytanie nieuleczalnie chorych: „Po co ja żyję?”, odpowiadam: „Może żyjesz dlatego, aby oni młodzi nauczyli się opieki nad drugim człowiekiem. Pozwól im, aby dorośli, aby nauczyli się tkliwości dotyku, troski czuwania, wszystkiego tego, co buduje prawdziwego człowieka. Bez tego będą dzicy. W kłęsce rzucą się na siebie. Bez Ciebie nie nauczą się naprawdę kochać. Pamiętaj, właśnie dlatego jesteś dla nich niezbędny. Nie odmawiaj im tej szansy”.

Pamiętam matkę artystki, tkaczki, która po porażeniu połowicznym, niesprawną tkala na kwadratowej ramie jednym ruchem – jak automat – pokrycia na małe poduszki. Jaka była dumna. Dziś nad moim łóżkiem wisi utkany przez córkę anioł wg Rublewa i o niej mi przypomina.

Lekarz prowadzący nieuleczalnie chorych musi całkowicie zmienić swoje profesjonalne myślenie. Wszystko wyniesione ze studiów i normalnej praktyki, prowadzi do rozpoznania choroby, oceny jej zaawansowania i wyboru właściwego leczenia. Tu takie myślenie jest szkodliwe. Choroba jest znana, wyleczyć nie można. Koniec jest przewidywalny. Najczęściej śmiertelny. Cierpień dodawać nie wolno. Trzeba poznać objawy, nauczyć się je negliżować. Nauczyć się chorego i razem z nim nauczyć się możliwie żyć w tej chorobie tak długo, jak to się biologicznie da. Musimy pamiętać cały czas o tym człowieku, a nie o technologii. Dziś w epoce ogromnej technizacji medycyny ani my, ani chory nie jesteśmy do takiego działania przygotowani.

Im bardziej jesteśmy zdominowani techniką, tym bardziej w takiej chorobie marzymy o cudzie. Cały świat dookoła nas wmawia nam, że wszystko jest możliwe. Że jutro będzie nowy lek, nowa aparatura, że ważne są pieniądze, że trzeba tylko poszukać, a znajdzie się ktoś, kto nas wyleczy.

Jest to szczególnie ważne w zaawansowanej chorobie nowotworowej, gdzie wiedza jest niepełna, śmierć bliska, a czarnoksiężstwo powszechne. Drugi aspekt tej cywilizacji jest jeszcze bardziej tragiczny. Jeżeli jestem stracony, nie do wyleczenia, to nie chcę żyć. Jestem przegrany, pełen lęku, nic nie ma sensu i szukam tego, kto będzie miał odwagę mnie zabić.

Pomiędzy tymi dwoma biegunami stworzonymi przez naszą cywilizację mamy się poruszać, aby uprawiać największą sztukę ze sztuk, dając siłę i wiarę śmiertelnie ugodzonym.

Wreszcie kilka końcowych zadań o umiejętności bycia z chorym w tej szczególnej sytuacji. U nieuleczalnie chorych, zwłaszcza w przebiegu choroby nowotworowej, nagle świat chorego przestaje istnieć. Pomijając dolegliwości somatyczne, które na ogół można opanować, pozostaje totalna klęska psycho-społeczna. Głęboka zbędność trwania, połączona z lękiem przyszłości i jak ja będę umierał. To właśnie spycha człowieka naszej cywilizacji ku eutanazji.

Chory uprzednio wychowany w świecie, gdzie rzekomo wszystko jest do kupienia, trzeba być tylko sprawnym i obrotnym, jest teraz bezradny. Nie był nauczony dawać, tylko brać. Nie rozumiał, że najważniejsze rzeczy na świecie nie są ani do kupienia, ani do zapracowania. Że miłość, wiara i zdrowie to dar, to łaska. Może nigdy nasz chory nie czuł bliskości drugiego człowieka. Żył, pracował, rodziły mu się dzieci. Nigdy nie zastanawiał się nad prawdziwym sensem spraw. Jego współtowarzysz życia,

mąż czy żona, nigdy jego zdaniem go nie rozumiał. „Ot, takie jest życie”. Był uczciwy, i nagle jak potrzask dopadła go ta choroba.

Musimy umieć to odczuć i zrozumieć. Teraz my mamy spróbować dać mu to, czego może nigdy nie miał. Prawdę człowieczeństwa, wspólnoty losu wobec ostateczności. Nie można tego zrobić słowem, lepiej dotykiem, tkliwością, wspólnym milczeniem, czasem modlitwą. My mamy to dać sobą, wysłuchaniem, prawdziwym byciem razem. Aby tak się mogło stać musimy sami nie mieć lęku. Mieć jasny uporządkowany stosunek do świata. Mieć radość życia, brak lęku przed tajemnicą i nieznanym.

Niektórzy z nas posiadają jeszcze coś, co trudno zdefiniować, co nie jest doświadczeniem i umiejętnością, lecz darem. Darem leczenia. Tego właśnie nie można się nauczyć. Dar albo jest albo nie. Oczywiście nie znaczy to, że bez daru leczenia nie można leczyć nieuleczalnie chorych. Lecz dar jest darem i czyni rzeczy złożone prostymi. To jest tak: „Kiedy Pan jest przy mnie doktorze, to nic mi nie dolega. Ale kiedy Pan odchodzi – to nie mogę istnieć”.

W zakończeniu chciałbym dodać, że lekarz nieszczęśliwy, nie posiadający radości życia, poszukujący w chorych uporządkowania swego zagubionego lub roztrzaskanego świata, nie ma szans na sukces. Szybko dopadnie go zespół „wypalenia” i zamiast wsparcia będzie podświadomie pogłębiał trwogę chorego. Będąc pustym w swoim „wewnętrznym człowieku” nie ma nic do dania. Zanim nie będziesz pewnym sensu życia w sobie – nie próbuj dawać go innym. Reasumując, sztuka leczenia nieuleczalnie chorych nie jest tylko sztuką leczenia, lecz sztuką życia.

SOMMARIO

Siamo abituati a curare per guarire. Nel caso di assistere le persone inguaribili, si tratta di aiutarle così, affinché il periodo di vita rimasto loro, sia vissuto più possibile felicemente e dignitosamente. Per questo la cura degli inguaribili è l'arte, l'arte non soltanto di curare ma di vivere, l'arte che crea il clima unico e irripetibile tra il medico e il paziente. Tale clima è base e fondamento del successo. Inoltre, molto importante è la capacità del medico, basata sulla fedeltà ai principi del suo procedimento professionale: il conoscere profondo della storia naturale della malattia, la conoscenza e la comprensione del malato, il non temere la sua malattia.