

„KIEDY ZAGRAŻA ŚMIERĆ...” PROBLEM SPOŁECZNEGO WSPARCIA

Treść: — I. Prawo do poznania prawdy. — II. Prawo do sprzeciwu. — III. Orędzie życia czy orędzie śmierci. — Zakończenie. — Zusammenfassung.

Choć każdy wie, że wcześniej czy później musi umrzeć, wiadomość o śmiertelnej chorobie zwała człowieka z nóg. Nieokreślona w czasie i przestrzeni świadomość śmierci, staje się nagle konkretna. Trzeba rozważyć poważnie możliwość zgonu, przygotować się, albo odrzucić samą myśl o śmierci, ignorować ją, tak jak gdyby nie wchodziła ona w rachubę. Śmierć zawsze była dla człowieka przedmiotem odrazy. Tłumaczy się to tym, że w podświadomości, możliwość śmierci nigdy nie jawi się jako coś, co nas osobiście dotyczy, a jeśli już, to jako siła złego interweniująca z zewnątrz¹. Fakt śmiertelnej choroby zmusza do refleksji, do uświadomienia sobie zbliżającej się chwili zgonu w przewidywalnym czasie oraz do życia z tą myślą.

Samo już określenie „śmiertelna choroba” wydaje się problematyczne. W czym wyraża się śmiertelność choroby i kto o niej wyrokuje? Bez wgłębiania się w definicje lekarskie, można zdroworozsądkowo stwierdzić, że chodzi tu o chorobę, która nie leczona prowadzi w przewidywalnym czasie do śmierci i na którą medycyna nie zna lekarstwa. W samym tym określeniu zawiera się antycypacja śmierci z mniej więcej dokładnym sprecyzowaniem czasu, o czym wyrokują specjaliści². Od chwili wydania sądu o śmiertelności choroby, życie pacjenta przybiera często taką formę, jaką antycypuje personel szpitala, lekarze, rodzina, a czasem i sam chory³.

¹ Zob. E. Kubler-Ross, *Les derniers instants de la vie*, Genève 1975. Autorka zauważa, że psychika podświadomości nie dopuszcza faktu, że można umrzeć nie będąc zabitym, a więc śmierć naturalna lub starcza nie jest do przyjęcia. Dlatego sama idea śmierci łączona jest z ideą złego czynu, wzdrygającego wydarzenia, czegoś, co z samej definicji już woła o zemstę i karę. — Por. Tamże, s. 10.

² Nie należy mylić człowieka śmiertelnie chorego z człowiekiem umierającym w fazie terminalnej choroby. Człowiek śmiertelnie chory może mieć przed sobą jeszcze kilka lat życia.

³ Zob. L.-V. Thomas, *Anthropologie de la mort*, Paris 1980, s. 285. Autor wyróżnia cztery typy antycypacji: pewna śmierć – czas określony, pewna śmierć-czas nieokreślony, niepewna śmierć – określony czas, aby stwierdzić śmiertelność choroby, niepewna śmierć – nieokreślony czas, aby stwierdzić śmiertelność choroby. — Tamże. Nas interesuje tylko pierwszy typ antycypacji.

To „umedycznienie” śmiertelnej choroby związane jest z pewnym typem mentalności, który zdaje się dominować w stechnicyzowanym świecie. Jak to bardzo trafnie ujmuje Michel Foucauld, życie, choroba i śmierć tworzą pewien techno-koncepcyjny trójkąt. Szczyt tego trójkąta stanowi śmierć, z perspektywy której można obserwować i analizować współzależność organiczną oraz sekwencje patologiczne. Przywilej ponadczasowości śmierci, który bez wątpienia jest tak stary jak świadomość jej nieuchronności, został zamieniony na instrument techniczny, który mierzy właściwości życia i naturę jej zła. Śmierć to wielka analiza, ukazująca współzależność związków organicznych, ich rozwój oraz regres, prowadząca do rozwiania się nadziei na cud genetyczny w surowości rozkładu ciała⁴.

Uznanie śmiertelności choroby oznacza dla medycyny przyznanie się do porażki, a przynajmniej do bezsilności. Przychodzi to bardzo trudno, dlatego też podobne stwierdzenie uwarunkowane jest zawsze postępowaniem medycyny — być może za rok, za dwa zostanie zsyntetyzowany uzdrawiający środek⁵. Jest jednak aż nadto widoczne, że choć do połowy XX wieku zwycięstwo medycyny nad śmiercią było oczywiste, dziś zauważamy, że średnia wieku na Zachodzie nie wydłuża się. Człowiek jest dużo lepiej leczony, ale też jest dłużej chory. Spędza więcej czasu w szpitalach i ma również więcej czasu, aby przyjrzeć się śmierci. Dla współczesnego społeczeństwa śmierć pozostaje jednak tematem tabu. Lepiej nie wspominać śmierci, bo byłoby to porównywalne do przyznania się do błędów konstrukcyjnych domu, który się wali. Ofiarami takiego „zakamuflowania” padają szczególnie ludzie śmiertelnie chorzy, osamotnieni i otoczeni murem ciszy.

Pewna śmiertelnie chora uczennica adresuje do personelu szpitala, w którym przebywa, list następującej treści: *Pozostało mi między jednym a sześcioma miesiącami, może rok życia, ale nikt nie lubi poruszać tego tematu. Znajduję się więc przed solidnym i opustoszałym murem, który jest wszystkim, co mi pozostało. Jestem symbolem waszego lęku, jakikolwiek by nie był, waszego strachu przed czymś, co wszyscy przecież wiemy, że musimy pewnego dnia skonfrontować. Wślizgujcie się do mojego pokoju, aby mi podać lekarstwa, lub zmierzyć ciśnienie, i ulatniacie się zaraz po wykonaniu waszego zadania. Może jako uczennica szkoły pielęgniarstwa uswiadamiam sobie lepiej wasz lęk i czuję jak wasz strach mi się udziela. Ale czego właściwie się boicie? To przecież ja umieram, nie wy. Proszę, nie uciekajcie. Miejcie cierpliwość. Jedną tylko rzecz muszę wiedzieć, że ktoś przy mnie będzie, aby wziąć mnie za rękę, kiedy będę tego potrzebowała. Boję się. Być może macie już dość śmierci: dla mnie jest to coś nowego. Umrzeć, to mi się jeszcze nigdy nie zdarzyło⁶.*

List młodej dziewczyny wskazuje na naznaczenie społeczne człowieka śmiertelnie chorego, które zaczyna się już w szpitalu. Choroba śmiertelna, podobnie jak przestępstwo, służy do etykietowania człowieka. Od chwili zadeklarowania nieuleczalności jego choroby jest on nośnikiem społecznego stygmatu⁷, którym naznaczony jest nie tylko on sam, ale cały jego dom i najbliżsi.

⁴ M. Foucauld, *Naissance de la clinique*, Paris 1973, s. 146 n.

⁵ Wiara w postęp medycyny jest głównym argumentem zwolenników kriogenizacji.

⁶ P. Verspieren, *Face à celui qui meurt. Euthanasie, acharnement thérapeutique, accompagnement*, Paris 1984, s. 167 n.

⁷ Termin ten określa fizyczną cechę, skazę, defekt, a także zdarzenia i sytuacje w życiu jednostki, które uważane są przez grupę społeczną za nienormalne. Naznaczenie kogoś stygmatem (stygmatyzacja)

Chcąc mówić o możliwościach społecznego wsparcia w przypadku choroby śmiertelnej, trzeba odróżnić fakt śmiertelności od modalności śmierci, tzn. kiedy, w jakim wieku, w jakim momencie oraz okolicznościach, a także na jaką chorobę człowiek umiera. Rozróżnienie to jest niezwykle ważne, ponieważ daje ono punkt oparcia do jakiegokolwiek refleksji na temat konkretnej śmierci. Wszystko bowiem dzieje się tak, jakby okoliczności i przyczyny śmierci były tak samo niepoznawalne, jak sama śmierć. Tak jakby fakt śmiertelności całkowicie przystąpił modalności śmierci.

Często „kiedy” i „jak” śmierci utożsamia się z przeznaczeniem, przypadkiem, koniecznością. Ale jeśli pytania dotyczące okoliczności konkretnej śmierci *hic et nunc* pozostaną bez odpowiedzi, nie będzie można odkryć mechanizmów, które zasłaniają problem śmierci. Strach lub instynkt zachowawczy nie usprawiedliwiają odmowy, milczenia i kłamstwa związanych z tematem śmierci. Podobne zachowanie, świadczące o pewnym zmieszaniu, ukrywa coś, co za żadne skarby nie powinno wyjść na jaw, coś, co mogłoby zbyt dogłębnie wpłynąć na psychikę jednostki i zachwiać stosunki społeczne.

Im większe postępy robi medycyna somatyczna, tym bardziej staje się oczywistym, że w przypadku ciężkiej choroby inne, nie-biologiczne czynniki biorą górę. Podczas wielkich epidemii nie było czasu myśleć o aspektach psychosomatycznych czy społecznych choroby. Dziś natomiast, przy tak wielkim rozwoju medycyny, czynniki nie-fizjologiczne i nie-biochemiczne śmiertelnej choroby stają się bardzo ważne.

I. PRAWO DO POZNANIA PRAWDY

Pytanie, czy śmiertelnie chory powinien znać prawdę o swoim stanie zdrowia, czy nie, jest bardzo trudne i nie sposób w ramach tego artykułu nim się zająć⁸. Przyjmujemy jednak, że lekarze zdecydowali się przedstawić pacjentowi jego stan. Lekarze robią wszystko, aby wyleczyć lub opóźnić śmierć, a kiedy nic już nie mogą zrobić, czują się bardzo nieswojo. Stają przed pustką, tak jakby poza medycyną nic już więcej nie było. Czas oczekiwania na śmierć jawi się więc jako coś najbardziej nieludzkiego.

Jeżeli lekarz może określić z całą precyzją na czym polega śmiertelność choroby, co i w jaki sposób atakuje tkanki czy jaki organ niedomaga, pytania

prowadzi do wyizolowania w grupie lub wykluczenia społecznego. Termin wprowadzony do socjologii przez Ervina Goffmana. Zob. Tenże, *Stigmates*, Paris 1975.

⁸ Autorzy nie są zgodni, co do odpowiedzi. L.-V. Thomas przytacza dwa warunki, które powinny być brane pod uwagę: 1. absolutna pewność o śmiertelności choroby; 2. uwzględnienie tego, czego oczekuje pacjent, co nie jest takie proste do stwierdzenia. Por. Tenże, *Anthropologie de la mort*, jw., s. 289. Cicely Saunders formułuje to w następujących słowach: „Prawdziwe pytanie brzmi nie „Co powiedzieć pacjentowi?”, lecz raczej: „Co pozwolić, by pacjent ci powiedział?” nauczyć się słuchać, co mówią; czego nie mówią; co kryje się pod osłoną słów; co się odbywa”. Chwila prawdy: opieka nad człowiekiem umierającym, w: L. Pearson (red.), *Śmierć i umieranie. Postępowanie z człowiekiem umierającym*, Warszawa 1975, s. 55. Ogólnie rzecz biorąc, nie wolno stosować absolutnych reguł w podobnej kwestii. Por. artykuł P. Bortkiewicza, *Etyczne problemy komunikowania prawdy ciężko choremu*, w: J. Kolbuszewski (red.), *Problemy współczesnej tanatologii*, I, Wrocław 1997, s. 135–144.

modalne dotyczące śmierci pozostają bez odpowiedzi: dlaczego, kiedy i jak? Podobne pytania są nieuniknione. „Dlaczego ja, dlaczego teraz, dlaczego ta straszna choroba?” Jak poradzić sobie z podobnymi myślami? W jaki sposób pomóc śmiertelnie choremu, jak go pocieszyć czy uspokoić? Czy wolno szafować takimi odpowiedziami jak przeznaczenie, przypadek, wola Boża...?

Przede wszystkim trzeba wziąć na serio prawo chorego do poznania prawdy, dlaczego zapadł na tę konkretną chorobę. Wielu ludzi nie ma odwagi skorzystać z tego prawa tłumacząc, że byłoby to świętokradztwo w stosunku do sił wyższych — ingerencją w ich niezgłębioną tajemnicę. Siły te posiadałyby absolutną kontrolę nad wszystkim, co dotyczy śmierci, czy byłoby to związane z przeznaczeniem, nieszczęściem, przypadkiem, czy z Bogiem. Przy tym uważa się, że mówienie o śmierci byłoby wykroczeniem przeciwko normom społecznym, ośmieszeniem się; poruszając temat, który wypada przemilczeć i prowadziłoby to w konsekwencji do marginalizacji społecznej. A poza tym istnieje przekonanie, że zagłębianie się w psychikę ludzką jest niebezpieczne, bo mogło by to doprowadzić do zachwiania równowagi.

Jak więc skorzystać z prawa do poznania i zrozumienia przyczyn śmierci? Dla ilustracji przeanalizujemy niektóre przykłady.

1. Wypadki drogowe

Ludzie akceptują cenę: śmierć, kalectwo czy cierpienie moralne⁹, jaką przychodzi płacić na coraz to większą skalę, aby funkcjonować mogło życie społeczne. Samochód nie służy już dla wygody: łatwość poruszania się, wakacje, odpoczynek, ale stał się koniecznością w życiu człowieka: szybki dojazd do pracy, niewystarczalność środków publicznego transportu. Zwiększająca się liczba pojazdów i wzmaganie się związanego z nią ruchu drogowego, przy niewystarczającej sieci dróg, powoduje gwałtowny wzrost wypadków. Śmierć w wypadku jest więc symptomem złego funkcjonowania techniki, organizacji ruchu, nieostrożności albo braku kontroli nad maszyną.

Wypadki są uważane jako należące do przypadkowości życia. A więc każda taka śmierć mogłaby wyjawiać złe funkcjonowanie społeczeństwa. Czy człowiek musi zaakceptować tę cenę? Wszelka szkodliwość, której ludzie nie zdołali przewidzieć, wychodzi na jaw w fakcie śmierci ludzkiej, jeśli ma się odwagę poszukiwać i próbować zrozumieć. Zrozumienie, choć już nic nie można zrobić, to sposób opanowania śmierci, znalezienia jej sensu. Oznacza ono reinterpretację jednego z zasadniczych pytań człowieka: w jaki sposób kierował on związkiem między tym, co ożywia a tym, co przynosi śmierć przez to, co przeżył i co zdecydował, sam i w relacjach z innymi.

⁹ Fakt cierpienia kalek przysłania cierpienie najbliższej rodziny zabitych, o którym w mediach nic się nie mówi.

2. Choroba nowotworowa

Jest możliwe uczynienie z choroby śmiertelnej pewnego rodzaju wyzwacza, który wyjawia na światło dzienne związek między groźbą śmierci oraz czynnikami śmiertelnymi w życiu pacjenta. Pod wpływem choroby, która grozi śmiercią wielu ludzi przeżywa pewnego rodzaju przebudzenie, które pozwala zobaczyć to, czego dotychczas nie dostrzegało: należałoby inaczej ułożyć swe życie, poprawić relacje z mężem, dbać o rozwój osobisty... Ludzie ci często chcą się podzielić swym odkryciem, ale zwykle ludzie zdrowi nie są chętni, aby ich słuchać, a co dopiero zrozumieć. W rzeczywistości nie mają bowiem ochoty wchodzić na ten śliski teren i to z prostego powodu, ponieważ sami są współtwórcami tych śmiertelnych czynników. Urządzeni są wygodnie i nie są jeszcze zdecydowani, aby zapłacić cenę. Chcą dalej żyć zgodnie ze swymi przyzwyczajeniami, nic nie zmieniając ani w życiu psychicznym, ani w relacjach społecznych.

Za wyrażeniami takimi jak „zaharowałem się na śmierć...”, „poświęciłam się dla dzieci...”, „życie jakie miałam...”, kryje się może dużo więcej niż żal, więcej niż narzekanie. Jest w nich prośba o wyjaśnienie, poszukiwanie jasności, pragnienie nowego spojrzenia na własne życie, aby uwydatnić w tej groźbie śmierci, na pierwszy rzut oka absurdalnej i irracjonalnej, coś, co nadałoby jej sens.

Przyczyny ekonomiczno-społeczne chorób nowotworowych stają się coraz bardziej widoczne. Nie bez wpływu miałyby być zanieczyszczenie środowiska, gorączka codzienności, życie pełne stresów, przemęczenie i aktywizm. To wszystko może być przedmiotem rozmów, rozważań, wyciągania wniosków.

3. Choroby sercowe

Lekarze powiadają — unikaj siedzącego trybu życia, obżarstwa, palenia papierosów czy picia alkoholu, a przy tym ignorują presję społeczną, pod jaką żyje człowiek. Tak jakby człowiek był w stanie iść przeciw prądowi. Wydaje się, że uwarunkowania socjologiczne są coraz częściej uważane za nie do przezwyciężenia, że trzeba je po prostu przyjąć i się przyzwyczaić. A przecież, jeśli pacjent pali czy pije, może to mieć i inne przyczyny: 1. Niezadowolenie psychiczne, na przykład brak uczuciowości czy poczucie niższości, które stara się rekompensować zwiększoną aktywnością zawodową, osiągnięciami w dziedzinie wiedzy, podejmowaniem się wciąż nowych funkcji, itp.; 2. Niezaakceptowanie warunków socjalnych (rodzaj pracy, relacje hierarchiczne, standard życiowy), które hamują jego rozwój osobowy.

Nie ma wątpliwości o istnieniu związku między paleniem papierosów i chorobami serca. Jednak samo palenie papierosów ma głębsze przyczyny, psychologiczne i społeczne. Człowiek dużo pali z różnych powodów. Może to być próba przezwyciężania lęku, wytrzymania żenującej sytuacji, zaradzenia zmęczeniu lub przeciążeniu. Jeśli wymaga się od tej osoby zaprzestania palenia, albo nic się nie wskóra, albo powiększy się jeszcze napięcie nerwowe.

Podobnie ma się rzecz z alkoholem, narkotykami czy środkami nasennymi. Przez chwilową euforię: papierosy, alkohol, narkotyki, środki nasenne człowiek

chce poprawić stosunek do własnego życia i relacje z otoczeniem, które zostały zakłócone. Ale właśnie ta perturbacja relacji powoduje sama przez się chorobę serca, przynajmniej w takim samym stopniu jak nikotyna czy alkohol.

4. Ludzie starzy

Ocenia się, że około 60% starców przyjętych do domów późnej starości we Francji umiera w okresie 2 do 3 lat, choć nie byli oni chorzy w chwili przyjęcia. Ich śmierć społeczna przyspieszyła śmierć biologiczną. Odrzucenie starców w tzw. nowoczesnym społeczeństwie, które podkreśla rentowność ekonomiczną, siłę fizyczną i piękno ciała, przyczynia się do pogłębienia uczucia opuszczenia, dewaloryzacji i izolacji uczuciowej. Te uwarunkowania społeczne łatwe są do ukrycia: wszystkiemu jest winny proces starzenia się¹⁰, pogorszenie się stanu komórek lub centrów nerwowych. Czy śmierć psychiczna nie jest środkiem ucieczki przed rzeczywistością, która staje się nie do wytrzymania, zatopieniem się w nierealności? Uświadomienie sobie bowiem odrzucenia społecznego oraz bezużyteczności do niczego nie prowadzi. Usprawiedliwia się dzieci, które odwiedzają bardzo rzadko, bo mają dużo pracy, bo muszą odpocząć... Krytyka społeczeństwa ze strony starców byłaby bardzo ryzykowna, ponieważ są oni od niego całkowicie zależni. Dobrze by było, gdyby rodzina i opiekunowie traktowali ludzi starszych z wielkim wyczuciem, słuchali ich i starali się odczytywać ich ukryte myśli i nie wyrażone słowami pragnienia.

II. PRAWO DO SPRZECIWU

Jeśli człowiek śmiertelnie chory ma prawo do poznania prawdy, dlaczego umiera, powinien mieć też prawo do sprzeciwienia się temu stanowi rzeczy. Protest śmiertelnie chorych daje wiele do myślenia, pozwala zreflektować, zmienić styl życia, aby nie umrzeć w ten sam sposób. Człowiek, któremu grozi śmierć, ma coś do powiedzenia na temat życia, wie coś o sposobie życia, który mógłby zmienić okoliczności śmierci. Słowa wyrzeczenia się wszystkiego, co w swoim życiu i w życiu świata uznał za noszące śmierć; słowa sprzeciwu, rewolty i walki. Słowa te powinny być przede wszystkim orędziem otwierającym oczy, wyjaśniającym, odkrywającym prawdę i tłumaczącym. Zło ludzi i świata, z powodu którego umieramy, to nie zła wola, egoizm i pycha, to przede wszystkim zaślepienie, niewiedza (fałszywa wiedza). Protest wyrażony w słowach będzie formą denuncjacji wszelkich czynników śmiertelnych, wskazując na ich powagę, co rozumie przede wszystkim ten, kto czuje już ich konsekwencje w swym własnym byciu i to aż „na własnej skórze”.

¹⁰ Zresztą możliwa jest jedynie ogólna definicja senilizmu o charakterze statystycznym, tzn. jest to wzrost, proporcjonalnie do wieku, prawdopodobieństwa zgonu na daną jednostkę czasu. Zob. A. Klarsfeld, *Les séduisantes fonctions de la mort „naturelle”* (ou: de bonnes raisons de mourir), *L'Année sociologique* 48: 1998, nr 2, s. 483.

Ciężko chorzy i starcy często nie wyrażają tego sprzeciwu słowami z obawy czy zostaną zrozumiani, jeśli właśnie w końcówce życia wyrażą nigdy nie zrealizowane pragnienia. Agresywność ciężko chorych, ich wymagania, mogą ukrywać źle ukierunkowany protest. Czynniki śmiertelne, które zaistniały w ich życiu, nie zostały zlokalizowane i zidentyfikowane, dlatego też walka ich odbywa się w próżni. Zalecenia lekarskie, takie jak nie pić, nie palić, dużo spać, robić ćwiczenia fizyczne, u ludzi ciężko chorych mogą wywołać odwrotne reakcje. Nieprzestrzeganie tych zaleceń może wskazywać na buntowanie się przeciw presji społecznej, stresom i niezadowoleniu.

Pewna matka miała syna przestępcę, uzależnionego od narkotyków¹¹. Nosi w sobie zarodek ciężkiej choroby, co ciąży na jej życiu psychicznym. Ma pokusę, aby oskarżyć, potępić, zakwestionować społeczeństwo, które jest niedostatecznie represyjne, polityków mało skutecznych, złych wychowawców. Byłoby to coś negatywnego i w gruncie rzeczy bezskutecznego. Zarzuty i potępianie źle ukryłyby winę, którą nie ma odwagi przypisać swemu synowi lub sobie samej. Może jednak snuć refleksję w dwóch innych kierunkach.

Z jednej strony może dostrzec to, co jest przyczyną przestępczości i narkomanii u młodych ludzi: społeczeństwo, w którym dominuje chęć posiadania, delectowania się życiem i dominacji, a które nie daje środków, aby to osiągnąć; społeczeństwo, które daje poczucie niezaspokojonych potrzeb, często stwarzanych sztucznie, a które zasłaniają i spychają na plan dalszy prawdziwe potrzeby ludzkie. W tym kontekście, jej syn podobnie jak i ona są bardziej bezbronnymi ofiarami niż winnymi.

Z drugiej strony może zastanowić się nad więzami ze swymi dziećmi. Inna kobieta, której syn siedział w więzieniu, wpadł w depresję i próbował popełnić samobójstwo, zdała sobie nagle sprawę, że dla niej w życiu liczyły się tylko dzieci. Żyła dla nich; i teraz, kiedy zdała sobie sprawę, że nadzieje, które pokładała w swoich dzieciach, spełzły na niczym, życie jej utraciło sens. Zauważyła wtedy, że jej mąż, inni ludzie, przyszłość świata, wszystko to straciło dla niej znaczenie. Ale kiedy zaczęła o tym mówić, w znacznym stopniu wewnętrznie odżyła.

Inny przykład sprzeciwu to kobieta, która, kiedy zdała sobie sprawę z powagi swej choroby nowotworowej, po okresie depresji i izolacji, zaczęła niespodziewanie dbać o swój wygląd zewnętrzny, kupowała drogie ubrania, zamawiała wykwintne jedzenie. Protestowała na swój sposób. „Nie można jej poznać, nigdy taka nie była, myślała tylko o innych...” — komentowali najbliżsi. Ale czy otoczenie jej zrozumie ją nie posądzając o egoizm, że to właśnie teraz chce zaspokoić choćby namiastkę pragnień, które nosiła w sercu od dawna.

III. O RĘDZIE ŻYCIA CZY O RĘDZIE ŚMIERCI?

W spotkaniu ze śmiertelnie chorym powinna dominować zasada, że to on prowadzi grę. Trzeba zrezygnować z wiedzy i z władzy, być zdolnym do „pójścia

¹¹ Przykłady zaczerpnięte z J. Vimort, Quand la mort menace. Recherche pour l'accompagnement des malades, *Approches* 42: 1984, s. 47–94.

za chorym” wszędzie tam, gdzie będzie chciał poprowadzić myślami. Mówi na przykład o swej przeszłości, o ludziach, których kocha, o problemach, które miał, o cierpieniu moralnym. Jest to zwykle dalekie od naszych własnych problemów. Pewne jest, że w ten sposób chory chce jak gdyby na nowo odżyć wspominając to, co w jego przeszłości lub też w terażniejszości było prawdziwym przeżyciem i pragnie chronić się przed wszystkim tym, co wskazywałoby na śmierć. Najlepsze zachowanie, to pozwolić mu mówić i nie przejmować się zbytnio tym, co odpowiedzieć. Najważniejsze to pokazanie zainteresowania i podtrzymanie rozmowy.

Od chwili, kiedy medycyna nic więcej już zrobić nie może, pozostaje do wypełnienia istotne zadanie zapewnienia choremu maksymalnej intensywności życia aż do końca. Najbliżsi mają do przekazania orędzie życia, nie zaś orędzie śmierci. To orędzie nie brzmi: „Ponieważ umrzesz, życie twoje teraz nic nie jest warte”. Ale powinno ono brzmieć: „Mimo że nie możesz uniknąć śmierci, pozostało nam jeszcze razem wiele interesujących rzeczy do zrobienia, do zrozumienia, do odkrycia, do denuncjacji wszystkiego, co niesie śmierć, do podkreślenia wszystkiego, co wzmacnia życie i do przeżycia tego wspólnie, zgodnie z naszymi możliwościami”. Tak jak śmierć nie ogranicza się do śmierci biologicznej (istnieją inne aspekty śmierci, które czynią ją jeszcze bardziej straszną: opuszczenie, brak dialogu, kłamstwo, brak zrozumienia), tak też życie nie ogranicza się do życia biologicznego, do dobrego zdrowia: być chorym to jeszcze żyć. Kiedy nie znajduje się słów lub nie przychodzi do głowy żaden gest wyrażający orędzie życia, człowiek ogranicza się często do znanych powiedzonek: „Ależ nie, będzie dobrze”, czy „To nic groźnego”, które chcą podnieść na duchu, ale które zawierają w sobie fałszywą treść i wszyscy o tym dobrze wiedzą. Trzeba poszukiwać prawdziwego orędzia życia, przy czym komunikacja niewerbalna może odegrać bardzo ważną rolę.

Najbardziej śmiertelnym orędnym lub niewerbalnym jest wyłączenie społeczne. Orędzie to wyrażałoby się w następujący sposób: „Jeślibyś umarł, moglibyśmy swobodniej żyć, ale na razie, będziemy trzymać cię na uboczu, aby mieć w ten sposób święty spokój”. Mechanizm ten niesie za sobą poważne konsekwencje, ponieważ oznacza dla chorego dewaloryzację, zanegowanie jego „ostatniego okresu życia”, Wydaje się, że chorzy są niesamowicie wyczuleni na wszelkie oznaki marginalizacji dostrzeżone w zachowaniu najbliższych.

Pracująca przez długie lata w jednym z francuskich hospicjów Christiane Jomain zwraca uwagę na następujące fakty, które mają istotne znaczenie w relacjach ze śmiertelnie chorymi¹². Zauważa ona, że ludzie mają tendencję traktowania ich jako należących do przeszłości. A przecież — jak stwierdza — nierzadko używali oni niejednego członka swojej rodziny, którego śmierć nie brana była pod uwagę. Zachowanie chorych i starców, których dni były policzone, było mieszaniną różnicowanych reakcji. Jedni zachowywali się apatycznie jak chorzy w szpitalu, inni tryskali życiem na swój sposób i zgodnie z możliwościami. W każdym razie każdy z chorych miał osobiste życie jemu właściwe. Następnie zauważa ona, że rodzina ma więcej trudności z chorym o wyostrożonej świadomości. To właśnie

¹² Zob. Ch. J o m a i n, *Mourir dans la tendresse*, Paris 1984, szczególnie Część III.

w spotkaniu z osobą żywą, zdolną do reakcji, problem prawdy i cierpienia nabiera szczególnej ostrości. W końcu, autorka zwraca uwagę na fakt, że wielu chorych udowodniło, że można poruszyć temat śmierci z pełną świadomością i uczynić z ostatniego okresu życia czas głębokich przeżyć.

Aby móc w możliwie najlepszych warunkach zbliżyć się do śmierci, trzeba być stosunkowo pozytywnie nastawionym do życia ludzkiego. Kiedy zagraża śmierć, odczuwa się dość naturalnie potrzebę przywoływania przeszłości, aby ocenić ją w nowym świetle. Jeśli słyszy się narzekania, opowieści o nieszczęściach, trudnościach i żalobie, oznacza to, że chory stara się zrobić bilans swego życia. Potrzebuje podjąć na nowo cierpienia przeszłości, aby je teraz lepiej przeżyć, czego nie potrafił dotychczas zrobić. (To samo dotyczy radości, których nie potrafił wystarczająco docenić i zakosztować.) Mówi się niewłaściwie o „głędzeniu” starych ludzi, że bez przerwy powtarzają to samo. W ten sposób starają się oni odczytać na nowo swoją egzystencję, w pewnym sensie pojednać się ze swoim życiem i podkreślić jego aspekt pozytywny.

Oczywiście konsekwencje błędów, przewinień i niedokładności nie są do nadrobienia: to, co zostało zrobione pozostaje faktem. Istnieją jednak dwie możliwości, które należałoby rozważyć: 1. Przebaczyć, pojednać się, starając się lepiej zrozumieć okoliczności łagodzące, słabość ludzką, nieporozumienia. Wszystko to, co prowadziło do śmierci, nie było wynikiem złej woli, złości, nienawiści. Zło to przede wszystkim brak dobra: to często błąd lub zaślepienie. Ważna tu jest postawa tolerancji i przebaczenia. 2. Zmienić siebie, spojrzeć na sprawy w innym świetle, wyjść z zaślepienia i żyć maksymalnie na ile pozwalają ograniczenia stanu zdrowia człowieka chorego. Wszystko to może mieć charakter ożywiający. Śmierć pozostanie zawsze śmiercią, ale być może będzie łatwiejsza do zaakceptowania, jeśli utraci swój wymiar kary, złorzeczenia i represji.

Orędzie chrześcijańskie jest orędziem życia czy orędziem śmierci? Pytanie to brzmi jak świętokradztwo. Uczciwość jednak wymaga, aby je postawić. Stwierdziliśmy, że brak rozróżnienia między faktem śmierci a jej okolicznościami prowadzi do przekonania, że nie można wpłynąć na okoliczności śmierci — a więc są wolą Bożą, choć w rzeczywistości zależą one od struktury psychiki ludzkiej, od funkcjonowania społeczeństwa, od odpowiedzialności osobistej. Fakt mieszania tych dwóch aspektów deformuje orędzie chrześcijańskie, ponieważ nie tylko czyni Boga odpowiedzialnym za śmierć, ale też, co gorsze, daje człowiekowi poczucie bezradności w walce przeciwko śmierci, które jest szczególnie silnie odczuwane przez człowieka ciężko chorego.

Postawa religijna chorego nie może wyłącznie służyć do podniesienia na duchu: „Zaufaj Bogu, oddaj mu się całkowicie i zaufaj lekarzom”, i przez to zwolnić chorego od poszukiwania informacji i od podejmowania decyzji. Przy takiej postawie pozostanie on wyobcowany, czując się bezsilny wobec spadających na niego nieszczęść. Wiara chrześcijańska może pomóc mu odnaleźć samego siebie, zachęcić go do poszukiwania bardziej szczegółowych informacji na temat choroby, przyczynić się do opanowania lęku i niepewności, i to wszystko nie przeciwstawia się zaufaniu Bogu i lekarzowi. Wiara nie powinna nigdy zwalniać od odpowiedzialności. Walczyć przeciwko cierpieniu fizycznemu i moralnemu, które ogarnia

całego człowieka, duszę i ciało, uwolnić się w maksymalnym stopniu z tego, co ma w sobie zarodek śmierci, zrozumieć, demaskować, protestować oznacza przyjąć postawę, która przygotowuje miejsce wierze w Zmartwychwstanie.

ZAKOŃCZENIE

Jeżeli sam fakt śmierci przerasta nasze zdolności zrozumienia, czas, miejsce i okoliczności śmierci wydają się w zasięgu człowieka. V. Jankélévitch pisze, że człowiek jest prawie wszechmocny jeśli chodzi o „kiedy” i „jak” śmierci, ponieważ nigdy nie jest konieczne umrzeć tego a nie innego dnia, z powodu tej a nie innej choroby, ponieważ nigdy nie jest absurdalne uniknięcie konkretnej choroby, ani opóźnienie o 24 godziny tragicznego dnia, albo o godzinę ostatnią godzinę życia, o jedną chwilę tę ostatnią chwilę, ponieważ nie ma powodu, aby chory skazany na śmierć przez lekarzy dzisiaj nie wytrzymał do jutra, ponieważ w końcu każda śmierć, nawet ta najbardziej naturalna, jest na swój sposób śmiercią nagłą, przypadkową. Jeśli śmierci w ogólności nie można uniknąć, to każda konkretna śmierć, tu i teraz, wydaje się do uniknięcia¹³.

Z tego rozumowania wyciąga autor następujący wniosek; Każdy chory, nawet ten beznadziejnie chory, powinien być leczony i to aż do ostatniego tchnienia... Bo jak poznać, że właśnie to westchnienie jest ostatnim? Dopiero po wszystkim, kiedy nie ma następnego uderzenia serca, okazuje się, że było ono ostatnie... To pośmiertnie, na kartach kalendarza żyjący stanie się umierającym, bo fakt śmierci pozwolił krewnym zrekonstruować jego agonię¹⁴. Wszelka antycypacja śmierci w stosunku do osób śmiertelnie chorych jest zwykłą projekcją psychiczną. Istota żyjąca to ta, która należy do teraźniejszości. W spotkaniu z człowiekiem śmiertelnie chorym powinno dominować więc orędzie życia, które uczyni z choroby pretekst do pogłębienia przeżyć oraz skłoni do refleksji nad sensem tego, co autentycznie ludzkie.

„WENN DER TOD NAHT...” — DAS PROBLEM GESELLSCHAFTLICHER UNTERSTÜTZUNG

ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor des Beitrages geht ein wesentliches Problem an, das mit einer tödlichen Krankheit eines Menschen verbunden ist. Hat der Kranke das Recht auf volle Wahrheit über seinen Gesundheitszustand? Wenn der kranke Mensch das Recht hat, die Wahrheit zu erfahren, warum stirbt er dann, er sollte vielmehr auch das Recht besitzen, sich diesem Zustand zu widersetzen. Um diese Probleme verstehen zu können, sollte dies aus dem Geiste eines christlichen Appells betrachtet werden.

Übersetzung: Gerard Cygan

¹³ Zob. V. Jankélévitch, *La mort*, Paris 1966, s. 143.

¹⁴ Tamże, s. 144.