

# Choroba, cierpienie, nadzieja

Choroba jest częścią ludzkiego życia. Jej intensywność i siła oddziaływania za każdym razem jest inna. Towarzyszący jej ból zależny jest od indywidualnego odbioru i nie sposób go zmierzyć obiektywnie. Doświadczenia, jakie gromadzimy w związku z chorobą, są naszymi własnymi lub osób nam najbliższych, którym towarzyszymy w ich chorobach. Choroba jest swego rodzaju znakiem naszej przemijalności i skończoności.

Błażej Pascal powiedział, że „Wielkość człowieka polega na tym, iż jest świadom swej nędzy. Drzewo nie jest świadome swej nędzy”. Czas choroby jest szczególnym wyzwaniem. W tym okresie oczekujemy otoczenia nas specjalną opieką, w tym także duszpasterską.

Nie tak łatwo zdefiniować pojęcie choroby. Z pewnością podczas choroby odczuwalne są w organizmie pewne dysfunkcje, swego rodzaju braki. Niejednokrotnie towarzyszą nam przypuszczenia: „pewnie jestem chory”, które wiążą się z jednej strony z nadzieją wykluczenia naszych przypuszczeń, z drugiej – z obawami, że jednak się potwierdzą. Napotykać możemy także na postawy życzeniowe i to nie tylko w przypadku dzieci: „Chciałbym być chory”. Również dorośli mają „nadzieję”, że będą chorzy, mogą liczyć na zainteresowanie ze strony bliskich, którego na co dzień niestety nie otrzymują. Choć brzmi to absurdalnie, choroba bywa postrzegana jako uleczenie chorych relacji, które panują pomiędzy bliskimi. O rozmiarze i sile oddziaływania choroby decydują w znacznym stopniu warunki ekonomiczne, ekologiczne, a także socjalne.

## Gdy czujemy się chorzy

Co sprawia, że ludzie czują się chorzy? Nie ulega wątpliwości, że somatyczne, czyli cielesne dolegli-

wości będą wybijały się na plan pierwszy. Wkrótce jednak, prowadząc rozmowy, zorientujemy się, że nie chodzi tylko o nie. Człowiek zawsze powinien być traktowany całościowo. W dużym stopniu jego psychika ma wpływ na bycie chorym. Odbieranie jednak wszelkich funkcjonalnych zakłóceń, takich jak: bóle głowy, problemy z oddychaniem, ser-

**D**uszpasterstwo  
w szpitalnych progach  
jest propozycją, którą chory  
może przyjąć lub odrzucić.

cem, trawieniem, jako psychicznych następstw, jest dużą przesadą. Oczywiście granice pomiędzy chorobami psychosomatycznymi, a psychicznymi są płynne. Często choroby uzewędrniają życiowe problemy danej osoby. Pomocą w diagnozowaniu mogą być instrumentaria zarówno socjalno-psychologiczne, socjologiczne, jak i systemowe. Tłem zaistnienia choroby może być przeciążenie zadaniami, zagrożenie bezrobociem lub jego przeżywanie, nasilająca się konkurencja, potęgująca się dezorientacja w rzeczywistości, poczucie utraty wartości, doświadczanie niesprawiedliwości, pełna chaosu nadaktywność, bądź depresyjna pasywność, zdegenerowana rodzina, dziedziczne obciążenia itd.

Konfrontowani z najróżnorodniejszymi chorobami powinniśmy sobie zdawać sprawę z faktu, że w obecnej dobie mamy wyjątkowe możliwości diagnozowania (co nie jest równoznaczne ze zdolnością wykrywania wszelkich chorób i ich odmian). Nastąpił znaczący rozwój procesów terapeutycznych, co nie oznacza, że w każdym przypadku, rehabilitacja przyniesie oczekiwane rezultaty.

Współczesna aparatura medyczna w wielu przypadkach jest w stanie „czynić cuda”, a rozbudowana protetyka, a także odkrywanie coraz to doskonalszych leków pozwala na przezwyciężanie chorób oraz przedłużanie życia i podnoszenie jego jakości. Bez nowoczesnej medycyny nie wyobrażamy sobie życia. Nadal w wielu przypadkach jesteśmy bezsilni, nie potrafimy jednak pomóc. Warto zauważyć, iż mamy do czynienia z tendencjami do zbyt wygórowanych oczekiwań naprawczych, iluzorycznych uzdrowień, a czasem odwrotnie – zbyt małej wiary w istniejące możliwości, co oznacza przedwczesną rezygnację.

## Szpital

Dla wielu decydującym momentem choroby jest pobyt w szpitalu. W tym kontekście oddziaływanie choroby wydaje się wyjątkowo wyraziste. W szpitalu w sposób szczególnie odczuwamy znaczne ograniczenie swoich możliwości. Choroba przymusowo wpływa na zmianę odczuwania czasu. W szpitalu, jako pacjenci, mamy właściwie dosyć dużo wolnego czasu. Z drugiej strony musimy czekać na wyznaczane nam badania, zabiegi, wykazując się przy tym dużą cierpliwością. Właściwie nie mamy żadnego wpływu na zachodzące procesy i ich kolejność. Wszystko zależy od instytucji, na terenie której przebywamy. „Proponowany” rytm czasowy wielokrotnie jest całkowicie odmienny od tego, do którego przywykliśmy. Szczególnie powoli mijają nocne godziny, często pełne refleksji, nacechowane obawami i lękami oraz w cichoci wyszeptanymi nadziejami.

Te czynniki wpływają na zmianę naszej wrażliwości: „Nie jestem pa-



nem swego czasu”, „Jestem zależny od czasu i pomocy innych”, „Także intymne potrzeby muszę załatwiać w obecności niosących mi pomoc”, „Inni przeciążeni są różnego rodzaju zadaniami, mnie stale czegoś nie wolno”. Niejednokrotnie można odnieść wrażenie, że władzę nad nami przejęły czarne myśli, zwiększone zatroskanie, ambiwalentne uczucia, lęk i gniew. Myślmy: „czy wyzdrowieję, dlaczego właśnie mnie to spotkało, dlaczego nikt nie troszczy się o mnie, dlaczego nie mówią mi prawdy?”. Wszyscy mogą stać się adresatami agresji chorego, zawartej w takich wypowiedziach, zarówno bliscy, którzy w odczuciu chorego zbyt rzadko go odwiedzają, jak i lekarze, którzy ignorują, nie dają zadawalających odpowiedzi, pielęgniarki, które człowieka lekceważą. Także inni pacjenci, którzy miewają się lepiej, wreszcie – Bóg, który dopuszcza takie doświadczenia.

### Sens i poczucie winy

Bardzo często choroba powiązana jest z poczuciem winy: „Dlaczego ja, mnie, moich bliskich to spotkało?”, „Jestem niewinny!”, „Moje cierpienie jest niezasłużone”, „Mogłem inaczej żyć”, „Trzeba było już wówczas nad tym się zastanowić, to może nie doszłoby do tego, co mnie teraz spotyka”. Nie tylko bezpośrednio zainteresowani zadają sobie takie pytania i poszukują powiązań, również towarzyszący im bliscy, a nawet duszpasterze: „Sam jest sobie winny – gdyby tyle nie pił, gdyby nie przygodny seks, gdyby tyle nie palił, gdyby nie te narkotyki”. W przypadku, gdy duszpasterza nachodzą takie stwierdzenia, powinien zastanowić się, czy jest zdolny do dalszej duszpasterskiej służby, czy wypracowana opinia o chorych nie upośledzi duszpasterskiego towarzyszenia mu.

W trakcie choroby wiele razy do głosu dochodzi pytanie o jej

sens. Warto zatem, zwłaszcza w kontekście duszpasterskim, zastanowić się, czy w ogóle istnieje jakiś sens choroby. Współczesny teolog praktyczny Manfred Josuttis podkreśla, że „Jezus nie poszukuje sensu choroby, lecz z niej wyprowadza”. Dla Bartha „choroba nie ma pozytywnego sensu”. Jeśli Bóg nie stoi po stronie choroby, to sensem choroby jest jej przewyciężanie. Nie chodzi o to, by pozostawiać ją za sobą. Przewyciężanie choroby nie oznacza jej przekłamania, ale traktowanie serio. To nie oznacza, że mamy ignorować wypowiediane przez naszych rozmówców pytania o sens: „Po co tu leżę?”, „Dlaczego tutaj się znalazłem?”, ale dociekać, dlaczego one ich nurtują, by w ten sposób nadawać sens na pustyni bezsensowności.

### Odporność duszpasterza

Omawiając duszpasterstwo wśród chorych należy dokonać rozróżnienia pomiędzy codziennymi odwiedzinami chorych, a sporadycznymi spotkaniami z chorymi. Zawsze warto zastanowić się, kto jest zdolny do takiej służby. Jak w każdym przypadku duszpasterskiego oddziaływania, tak i w tym, zanim rozpoczniemy duszpasterską służbę, powinniśmy się zastanowić nad własnym stosunkiem do chorób, odpowiedzieć na pytania: Jakie choroby duszpasterz przeżył? Czy kiedykolwiek przebywał w szpitalu? W jaki sposób znosi szpitalną atmosferę? Czy potrafi zmierzyć się z różnego rodzaju widokami, nie zawsze przyjemnymi zapachami, które mogą być uciążliwe? Czy potrafi opłacać obrzydzenie? Czy nie lęka się przesadnie zarażenia się? Ważna w tym kontekście jest empatia, zdolność wczucia się w sytuację, w której znalazł się chory.

Wkraczając w szpitalne progi warto zawsze mieć na uwadze, że duszpasterstwo jest propozycją, którą chory może przyjąć lub odrzucić. Chory szybko orientuje się, czy odwiedzają-

cy czyni to z obowiązku, czy rzeczywiście jest zainteresowany. Pierwsze minuty decydują o atmosferze spotkania. Ważna jest otwartość. Niezbędne jest zwracanie uwagi na sygnały zarówno słowne, jak i bezsłowne, wszelkiego rodzaju gesty, mimikę, tonację głosu. Przeżywane cierpienie prowadzi do samotności, zwłaszcza w przypadku zamkniętego oddziału psychiatrycznego, oddziału intensywnej terapii, a także ubocznego oddziaływania leków. Duszpasterstwo umożliwia przełamywanie izolacji. Duszpasterz nie może zastąpić odwiedzić bliskich ani ich zrekomensować, ale może stworzyć ku nim pomost.

### Wzmacniamy nadzieję

Często da się słyszeć rozdzźwięk pomiędzy tym, co chory wypowiada, a stanem faktycznym. Duszpasterz nigdy nie powinien przekłamywać rzeczywistości. Zatem w przypadku wypowiedzi: „U mnie wszystko w porządku. Nie wiem właściwie, po co tu jestem”, jeśli odpowiada to prawdzie, duszpasterz może odpowiedzieć: „Wygląda Pan jednak na zmęczonego”. W przypadku nierealistycznych nadziei chorego po przebytych zawale serca, który powiada; „Wszystko będzie jak dawniej. Tylko wrócę ze szpitala i biorę się do roboty”, duszpasterz nie może przytaknąć, ale musi stwierdzić: „Taka choroba oznacza jednak pewne ograniczenia”.

Duszpasterskim zadaniem jest również wyprowadzanie z pasywności, powstrzymywanie przed zrzucaniem odpowiedzialności za wyzdrowienie na innych, na rzecz podejmowania odpowiedzialności za siebie. Zawsze należy wzmacniać nadzieję. Nie powinien jednak duszpasterz utwierdzać w iluzorycznych oczekiwaniach: „Wydrowieje Pan. Jeszcze niejednego pan przeżyje”. Nie ma on prawa do takich stwierdzeń. Jak wyglądać będzie duszpasterska wiarygodność, gdy podczas kolejnych odwiedzin zamiast prorokowanej poprawy, da się zauważyć raptowne pogorszenie zdrowia pacjenta?

ks. Adrian Korczago