

Ks. Tomasz Wielebski
WSDDWP Warszawa

PSYCHOLOGICZNO – SPOŁECZNE PODSTAWY DUSZPASTERSTWA CHORYCH

Duszpasterska posługa Kościoła chorym wypływa z wezwania Chrystusa do miłowania bliźniego (J 13, 34–35). Jezus Chrystus w sposób szczególny odnosił się do chorych, lecząc ich choroby i słabości (Mt 4, 23). W przypowieści o miłosiernym Samarytaninie ukazał swoim uczniom wzór postępowania wobec chorych i potrzebujących (Łk 10, 30–37). Postawa wobec chorych i cierpiących będzie jednym z kryteriów decydujących o zbawieniu człowieka przy sądzie ostatecznym (Mt 25, 31–46).

Kościół wierny poleceniu swojego Założyciela, cały czas angażuje się w posługę chorym i cierpiącym. Wyrazem duszpasterskiej troski Kościoła o chorych jest wydanie w 1972 roku nowej księgi liturgicznej „*Sakramenty chorych*”¹, listu Jana Pawła II o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia „*Salvifici doloris*” a także ustanowienie w 1992 roku Światowego Dnia Chorego i związane z jego obchodami coroczne orędzia papieskie. Aby lepiej organizować i koordynować pracę wśród chorych, w 1985 roku została

¹ Pierwszy polski przekład księgi „*Sakramenty chorych. Obrzędy i duszpasterstwo*” ukazał się w 1978 roku, a następny, poprawiony, w 1998 roku. Księga składa się z dwóch części. Część pierwsza, zatytułowana „*Duszpasterstwo chorych*”, zawiera obrzędy odwiedzin chorych, Komunii św. i namaszczenia chorych. Część druga, zatytułowana „*Duszpasterstwo umierających*”, zawiera obrzędy udzielania Wiatyku, sprawowania sakramentów w bliskim niebezpieczeństwie śmierci i modlitwy przy konających. W części trzeciej zamieszczono teksty modlitw na poświęcenie oleju chorych, czytania biblijne wykorzystywane w obrzędach dla chorych i specjalne formularze mszalne. Zob. *Sakramenty chorych. Obrzędy i duszpasterstwo*, Katowice 1998.

powołana do życia Papieska Komisja do spraw Duszpasterstwa Służby Zdrowia²

Przemiany społeczno polityczne i religijne dokonujące się w Polsce po roku 1989 stawiają Kościół wobec wielu nowych wyzwań. Dotyczy to również duszpasterstwa chorych. Pojawiła się możliwość szerokiej, niczym nie skrepowanej działalności duszpasterskiej w szpitalach, domach opieki społecznej i sanatoriach. Okazję dotarcia do każdego chorego niesie rozwój katolickich środków społecznego przekazu. Zauważa się zwiększającą liczbę stacjonarnych i domowych hospicjów. Zmieniająca się samoświadomość Kościoła poszerza podmiot duszpasterstwa chorych, za współtworzenie którego coraz bardziej czują się odpowiedzialni ludzie świeccy. Widoczne są również negatywne skutki transformacji ustrojowej, czego wyrazem jest między innymi zwiększająca się liczba osób nie potrafiących odnaleźć się w nowej sytuacji społecznej, przeżywających stresy i załamania nerwowe. Zaistniałe okoliczności pobudzają do postawienia pytania o kierunek odnowy i budowania właściwego, wychodzącego naprzeciw pokładanym oczekiwaniom teologicznego modelu duszpasterstwa chorych.

Duszpasterska posługa Kościoła powinna być zawsze poprzedzona refleksją naukową, którą podejmuje teologia pastoralna. Prowadząc naukową refleksję nad działalnością zbawczą Kościoła rozumianego w soborowej opcji ludu Bożego i Mistycznego Ciała Chrystusa³, teologia pastoralna dokonując teologiczno – socjologicznej analizy terażniejszej sytuacji Kościoła, dąży do „wypracowania aktualnych modeli teologicznych oraz odpowiadających im imperatywów i programów działania, według których Kościół w tej konkretnej, terażniejszej sytuacji aktualizuje swoją istotę, wypełniając misję pośrednictwa zbawczego”⁴

² Papieska Komisja do spraw Duszpasterstwa Zdrowia została później przekształcona w Papieską Radę o tej samej nazwie. Zajmuje się ona między innymi koordynacją działań wszystkich instytucji kościelnych zaangażowanych w duszpasterstwo chorych. Zob. JAN PAWEŁ II, *Motu proprio „Dolentium hominum” ustanawiające Papieską Komisję Duszpasterstwa Pracowników Służby Zdrowia*, OR 1985 nr 2, s. 24.

³ R. KAMIŃSKI, *Problemy dyskutowane w teologii pastoralnej*, RT 48(2001), z. 6, s. 7.

⁴ Model teologiczny to wzór (ideał) wypracowany przez pastoralistów w oparciu o dyscypliny teologiczne i nauki humanistyczne. Przesłanki większej dostarczają nauki teologiczne, przesłanki mniejszej nauki humanistyczne (socjologia, psychologia, katolicka nauka społeczna, pedagogika). Wniosek ze względu na przesłankę większą ma charakter teologiczny. Modele teologiczne stanowią podstawę do opracowania imperatywów pastoralnych i programów działania. Imperatywem pastoralnym

Przeprowadzone w 1998 roku przez autora artykułu badania ankietowe wśród 110 kapelanów szpitalnych z całej Polski pokazują, że aż 73,6 % respondentów nie zostało wystarczająco przygotowanych w seminarium do pełnienia swojej posługi. Również rozmowy prowadzone z alumnami seminarium pokazują, że wielu z nich ma problemy w zrozumieniu odwiedzanych w ramach praktyk pasterskich chorych i nawiązaniu z nimi kontaktu. Świat człowieka chorego jest przecież zupełnie inny od tego, w którym żyją ludzie zdrowi. Cierpienia psychiczne i fizyczne powodują nie tylko wewnętrzną dezintegrację osobowości, ale mają również wpływ na relacje ze światem zewnętrznym. W obliczu choroby człowiek intensywniej przeżywa swoją samotność, co często ukierunkowuje go na pytania o sens cierpienia i życia. Dobrze prowadzone duszpasterstwo chorych może dostarczyć właściwej odpowiedzi na te pytania.

Aby pomóc duchownym i świeckim w owocnym pełnieniu posługi chorym i cierpiącym, rodzi się potrzeba dostarczenia im pewnej wiedzy dotyczącej psychologii choroby i jej wpływu na człowieka. Należy też poznać specyficzne uwarunkowania kontaktów między chorymi i zdrowymi. Dostarczenie takiej wiedzy stanowi konkretną odpowiedź na wezwanie Soboru Watykańskiego II do korzystania z odkryć nauk psychologicznych w duszpasterstwie (KDK 62), jak też jest realizacją wskazań dokumentu Episkopatu Polski p.t. „*Zasady formacji kapłańskiej w Polsce*” Omawiając program zajęć z psychologii pastoralnej wspomniany dokument podkreśla, że mają one objąć psychologiczne aspekty pomocy ludziom chorym⁵

Skuteczność niesionej pomocy osobom chorym związana jest również z odpowiednimi predyspozycjami osobowościowymi: wewnętrzną dojrzałością, zdolnością do empatii⁶ oraz umiejętnością

nazywamy zespół dyrektyw odnoszących się do realizacji modeli teologicznych w określonym miejscu i czasie, natomiast programy działania są merytorycznie i metodologicznie zaplanowanymi etapami urzeczywistniania tych modeli. Zob. W PIWOWARSKI, *Perspektywa teologiczna a perspektywa socjologiczna w duszpasterstwie*, ChS 1973nr 26, s. 30-33.

⁵ KOMISJA EPISKOPATU POLSKI DO SPRAW SEMINARIÓW DUCHOWNYCH, *Zasady formacji kapłańskiej w Polsce*, Częstochowa 1999, s. 203.

⁶ Empatia będąca zdolnością do wczuwania się w sytuację emocjonalną pacjenta i umiejętnością spojrzenia na rzeczywistość z jego punktu widzenia, ma duże znaczenie w nawiązywaniu właściwych kontaktów interpersonalnych z chorymi. Empatyczne podejście osób leczących pozwala pacjentowi odczuć, że został on właściwie zrozumiany, co jest ważnym czynnikiem terapeutycznym ułatwiającym przerwanie rodzącego się u chorych bolesnego poczucia izolacji i osamotnienia.

nabierania właściwie rozumianego dystansu do pewnych zjawisk i negatywnych doświadczeń. Dopiero powiązanie fachowej i specjalistycznej wiedzy wewnętrznym zapałem i apostołską gorliwością umożliwi skuteczne niesienie pomocy chorym. Będzie to stanowiło konkretną odpowiedź na wezwanie papieża Jana Pawła II do podjęcia z nowym zapałem duszpasterskiej działalności prowadzonej dla chorych i cierpiących (ChL 54) oraz do czynnego świadczenia miłosierdzia.

A. Świat człowieka chorego i jego postawy wobec choroby

Istnieje duża liczba czynników mających wpływ na przeżycia i zachowania osób chorych oraz ich postawy wobec choroby. Należy do nich specyficzny rodzaj choroby, sposób jej przeżywania, osobowość uwarunkowana wychowawczym wpływem rodziców, środowiskiem, egzystencjalnymi doświadczeniami lub utrwalonymi mechanizmami psychologicznymi. Wypadkowa tych czynników tworzy skomplikowany świat człowieka chorego, którego poznanie jest punktem wyjścia do niesienia jemu skutecznej pomocy.

Zasadniczym czynnikiem mającym wpływ na postępowanie chorego jest rodzaj choroby i jej właściwości. Każda choroba powoduje przejściowe, przewlekłe lub trwałe zaburzenia funkcji biologicznych, psychicznych, społecznych i duchowych człowieka, zwanych dysfunkcjami. Dysfunkcje biologiczne obejmują ból o różnorodnym nasileniu i długości trwania, narastający ubytek sił, utratę wzroku, słuchu czy mowy, utrudnienia w poruszaniu się i zaspakajaniu naturalnych potrzeb biologicznych organizmu. Dysfunkcje psychiczne przejawiają się w zniechęceniu, przygnębieniu, rozpaczach, tendencjach samobójczych, wzmożonej potrzebie akceptacji i kontaktu z otoczeniem, reakcjach lękowych i nerwicowych. Zakłócenia dotyczące sfery życia społecznego wyrażają się w wygórowanych

Empatia wiąże się z trafnym określeniem uczuć pacjenta i ich akceptacją jako realnego faktu. Nie chodzi tutaj o automatyczne zaakceptowanie wszystkich poczynań i zachowań pacjenta, ale obdarowanie go emocjonalnym ciepłem i serdecznością będących wyrazem akceptacji chorego jako człowieka. Zob. M. MOTYKA, *Środki psychicznego wsparcia w pielęgnacji chorego*, w: *Sztuka rozmowy chorym*, red. A. Grajcarek, Kraków 2001, s. 234-236.

wymaganiach stawianych otoczeniu, nieuzasadnionym poczuciu doznanej krzywdy, niechęci do jakichkolwiek form pomocy oraz obawach rozbicia rodziny, utraty pracy i perspektyw zawodowych. W sferze duchowej człowiek chory buntuje się przeciwko Bogu, gubi sens życia i cierpienia, podważa sensowność wierności światu wartości⁷

Chorzy w różnoraki sposób reagują na fakt własnej choroby. Część z nich nie chce przyjąć do wiadomości nowej rzeczywistości, w której się znalazła. Inni próbując się z nią uporać, współpracują w miarę sił z personelem medycznym. Jeszcze inni łatwo się załamują, popadając w rezygnację i rozpacz⁸. Towarzyszy temu często poczucie lęku przybierającego różnoraką postać, związaną z typem i czasem choroby oraz fazą jej leczenia. Przykładowo chorzy na raka bardziej obawiają się śmierci, cierpienia, diagnozy mówiącej o złośliwości choroby niż chorzy cierpiący na inne schorzenia, u których pojawia się tzw. lęk społeczny, dotyczący reakcji najbliższych po wyjściu chorego ze szpitala.

Również faza leczenia ma wpływ na rodzaj występującego lęku. Przed operacją pojawia się najczęściej lęk związany z możliwością utraty życia, po operacji – lęk społeczny. Chory żyje więc w obszarze dylematu lęku i nadziei, w który włączona jest nie tylko troska o zdrowie i życie, ale też o rodzinę, pracę zawodową i pełnione role społeczne. Poczucie lęku towarzyszy też rodzinie chorego, która często obawia się zetknięcia z cierpieniem, możliwości dziedziczenia choroby, niepewności przyszłości i śmierci osoby bliskiej. Lęk ten wzrasta proporcjonalnie do intensywności emocjonalnego związku z chorym oraz stopnia zaawansowania choroby⁹

Chory ucząc się umiejętności przeżywania choroby, przechodzi przez kilka etapów. Pierwszym z nich jest *etap zaskoczenia*. Wiąże się on z faktem zachorowania, oczekiwania na diagnozę i leczenie oraz niepewnością przyszłości. Cechuje się on rozdrażnieniem i niepokojem. Rodzą się liczne obawy, zniechęcenie, chęć ucieczki i podejmowania nieprzemyślanych decyzji. Etap drugi to *poszukiwanie wewnętrznej*

⁷ Por. K. OSIŃSKA, *Twórcza obecność chorych*, Warszawa 1980, s. 23–25.

⁸ Por. H. PERA, *Chory człowiek jako pytanie ku nam skierowane*, Znak 1974 nr 241–242, s. 911–912.

⁹ Por. J. MAKSEŁON, *Rola kapelana w budowaniu nadziei chorego*, AK 1987 nr 471, s. 344–347.

równowagi. Charakteryzuje się on poszukiwaniem wyjścia z zaistniałej sytuacji, które może przybrać kierunek negatywny lub pozytywny.

Kierunek negatywny to chęć wykorzystania choroby do egoistycznych celów – zdobycia miłości, współczucia, pieniędzy czy przywilejów. Kierunek pozytywny przyjmują natomiast te osoby, które w obliczu choroby przejawiają wieloraką aktywność. Prowadzi to do trzeciego etapu umiejętności chorowania, jakim jest *uwalnianie się od uzależnień chorobowych*. Osoby będące na tym etapie uwalniają się od ciężarów jakie niesie choroba, ucząc innych bezinteresowności, wspaniałomyślności i heroizmu¹⁰

Choroba zmienia natężenie i hierarchię potrzeb psychicznych ludzi chorych. Do najważniejszych z nich należy potrzeba bezpieczeństwa i pewnego komfortu życiowego, miłości i przeżywania własnej wartości, rozwoju i twórczości oraz potrzeba religijna¹¹. Na plan pierwszy wysuwa się konieczność zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa, której realizację zakłócają dolegliwości fizyczne, lęk przed bólem i śmiercią, a także ograniczenie wolności związane z pobytem w szpitalu. Wielu z chorych czuje się anonimowo i obco na sali szpitalnej, gdzie otacza ich zespół medycznych fachowców zajętych tylko diagnozowaniem i terapią¹². Chorzy oczekują nie tylko fachowej medycznej pomocy, ale też poszanowania swojej godności, dostrzegania w nich jedynej i niepowtarzalnej osoby ludzkiej. Pragną też spotkań z rodziną i przyjaciółmi, które pomogą im zaspokoić potrzebę miłości i przeżywania własnej wartości¹³. Chcąc zaspokoić potrzebę rozwoju i twórczości, oczekują też właściwie prowadzonej terapii zajęciowej wykorzystującej ich indywidualne uzdolnienia, a także ukazania dalszych perspektyw życiowych.

Egzystencjalne doznania człowieka chorego związane z przeżywaniem doświadczenia bezwładności fizycznego i psychicznego prowadzą do wewnętrznej frustracji, odczuwania głodu sensu choroby i cierpienia. Długie godziny samotności są okazją do rozmyślań i weryfikacji dotychczasowych wartości, które w obliczu choroby

¹⁰ Por. K. OSIŃSKA, *Twórcza obecność chorych*, dz. cyt., s. 37–39.

¹¹ Por. E. SUJAK, *Lekarz wobec potrzeb psychicznych pacjenta*, ChS 1977 nr 4, s. 37–38.

¹² Por. H. PERA, *Sam nie podolałem*, w: *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, red. H. Bortnowska, Kraków 1984, s. 111–112.

¹³ Por. A. BARANOWSKA, *Misja „Apostolstwa Chorych”* Materiały Problemowe 1981 nr 6, s. 52.

podlegają dewaluacji¹⁴ Pojawiający się głód sensu życia jest wyrazem jednej z podstawowych potrzeb człowieka - potrzeby religijnej. Chory w sposób szczególny doświadcza, że nikt poza Bogiem nie jest w stanie zaspokoić potrzeby sensu choroby i jej wartościowego przeżywania¹⁵ Choroba może więc stanowić dobrą okazję do przewartościowania rozumienia sensu życia, cierpienia i śmierci oraz powrotu do Boga.

Rodzaj choroby w sposób zasadniczy ma wpływ na zachowania i reakcje psychiczne pacjentów. Inaczej reagują osoby mające nadzieję na powrót do zdrowia, a inaczej chorzy terminalnie. Reakcje psychiczne ludzi stających w perspektywie utraty życia zależą w dużym stopniu od wytworzonej w ciągu życia postawy wobec umierania i śmierci, a także przyjętej hierarchii wartości. Perspektywa utraty podstawowej wartości jaką jest życie, wyzwala silne reakcje emocjonalne, wobec których człowiek uruchamia strategie życiowe, jakimi posługiwał się dotychczas. Osoby aktywne, samodzielnie pokonujące trudności, walczą o życie stosując różne środki paramedyczne, dietę, podejmując chętnie współpracę z psychoterapeutą. Pacjenci bierni i pozbawieni wiary w skuteczność jakichkolwiek działań, fatalistycznie zdają się na bieg rzeczy, popadając często w rozpacz i przygnębienie¹⁶

Osoby dotknięte nieuleczalną chorobą, chronią się przed rozpaczą przy pomocy specjalnych mechanizmów obronnych. Przeżywane przez nich zjawisko umierania obejmuje pięć etapów. Pierwszym jest *zaprzeczenie i izolacja* występująca u wszystkich pacjentów, którzy dowiedzieli się o swojej nieuleczalnej chorobie. Odsuwają oni od siebie myśl o śmierci, aby móc normalnie egzystować. Kiedy nie można już dłużej zaprzeczyć chorobie, występuje drugi etap w postaci *gniewu* skierowanego w stronę różnych osób. Trzecim etapem procesu umierania jest *targowanie się*, będące próbą odroczenia wyroku, którego elementem jest nagroda za dobre zachowanie oraz obietnica, że pacjent nie będzie prosił o więcej, jeżeli wyrok zostanie odroczone. W momencie, gdy pacjent nie wątpi już w swoją chorobę, pojawia się *depresja* uświadamiająca choremu fakt, iż wkrótce trzeba stracić to, co się jeszcze posiada. Ostatni etap umierania to *pogodzenie*

¹⁴ Por. S. GRZESIUK, *Duszpasterstwo chorych w szpitalach*, SSHT 12 (1979), s. 63.

¹⁵ Por. Z. PAWLAK, *Misterium Kościoła wobec potrzeb religijnych człowieka chorego*, ChS 1977 nr 4, s. 32.

¹⁶ Por. K. WALDEN-GAŁUSZKO, *Pomoc psychologiczna osobom umierającym*, Znak 1997 nr 509, s. 85-87.

się ze śmiercią, kiedy chory potrzebuje prostych gestów życzliwości ze strony bliskich¹⁷

Chorzy terminalnie popadają często w stan przygnębienia, odcinając się od świata i pogrążając się w milczeniu. Takie zachowanie jest wyrazem wewnętrznej potrzeby izolacji przygotowującej do śmierci, jak również przeżywanego lęku. W tym momencie potrzebna jest umiejętnie prowadzona rozmowa, która pomaga choremu w świadomym pogodzeniu się ze śmiercią. Przeczucie bliskości śmierci wyraża się też w agresywnych zachowaniach skierowanych przeciwko personelowi medycznemu i najbliższym. Trzeba uczyć się odpowiednich, spokojnych i wyważonych reakcji na tego typu zachowania, mając na uwadze ich podłoże¹⁸

Na kształtowanie się osobowości człowieka chorego wpływają między innymi cechy osobowościowe rodziców, klimat panujący w domu rodzinnym, środowisko życia i pracy, przeżycia egzystencjalne. Ich splot rodzi w konsekwencji trwałe różnice w przeżyciach i zachowaniach się chorego. Osoby wychowywane w duchu samodzielności, zaradności, pozytywnym odniesieniu do świata i do ludzi, nastawione na realizację określonych celów życiowych, posiadające szerokie horyzonty umysłowe i uczuciowe, mimo postępów choroby nie odczuwają często dolegliwości i potrafią znaleźć takie wartości, dla których warto żyć. Z kolei osoby wychowywane w klimacie sprzyjającym powstawaniu lęków i agresji, trwale koncentrujące się na własnych doznaniach, których cele i zadania życiowe są bardzo wąskie, łatwiej wpadają w apatię i przygnębienie, nie radząc sobie w obliczu choroby. Optymiści zwracają uwagę na możliwość wyzdrowienia, pesymiści na powikłania i ból. Inaczej przebiega choroba u ludzi posiadających łatwość kontaktowania się z innymi, rozumiejącymi stawiane im wymagania i współpracującymi z personelem medycznym, a inaczej zamkniętych wewnątrznie,

¹⁷ Koncepcję pięciu etapów osobowościowego dojrzewania do śmierci osób nieuleczalnie chorych przedstawiła na podstawie prowadzonych i nagrywanych na taśmie magnetofonowej rozmów z osobami umierającymi E. Kubler – Ross, amerykański lekarz psychiatra. Zapis tych rozmów ukazujący cierpienia i potrzeby osób umierających został opublikowany w formie książkowej, należącej do klasyki literatury tanatologicznej. Zob. E. KUBLER – ROSS, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Poznań 1998, s. 55-146.

¹⁸ Por. J. BREHANT, *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*, Warszawa 1993, s. 32–35.

z małym stopniem zaufania, unikających podporządkowania się określonym sugestiom i nakazom¹⁹

Chcąc zrozumieć określone postępowanie chorych, które wydaje się często niezrozumiałe zarówno dla najbliższych jak i personelu medycznego, trzeba uwzględnić ich osobowość, sposób przeżywania świata, wpływ środowiska, utrwalone sposoby reagowania w pewnych sytuacjach, wykształcenie i szereg innych czynników. Poznanie tych czynników ułatwia dobór odpowiednich metod postępowania, uwzględniających specyfikę różnorodnych postaw i zachowań²⁰

Oddzielnym zagadnieniem pozostaje sposób reagowania dzieci na ich własną chorobę. Ich reakcje są również uzależnione od wieku, temperamentu, środowiska życia, cech osobowościowych, rodzaju choroby. U wielu dzieci występuje płacz, wstyd, skrytość i upór, wzmożona pobudliwość nerwowa, apatia, depresja, kompleks małej wartości. Doświadczenie uczy, że dzieci kochane i akceptowane przez najbliższych szybciej potrafią zaakceptować swoją chorobę lub kalectwo. Dlatego też dzieci chore przebywające w domu i szpitalu, potrzebują ciepłych gestów pieszczot, przytulenia, świadomości nieustannej obecności dorosłych. Ma to duże znaczenie w ich powrocie do zdrowia i odzyskaniu wewnętrznej równowagi²¹ Szczególnie dzieci chore terminalnie potrzebują stałej i współczującej obecności najbliższych. Będąc blisko umierającego dziecka trzeba wsłuchiwać się w to, co ma do powiedzenia, i starać się realizować jego pragnienia. Dostarcza to często wiele radości i pomaga im w przeżywaniu ostatnich chwil życia²²

W obliczu cierpienia ujawniają się u chorych różnorodne postawy ludzkie. Cierpienie może być odrzucone albo przyjęte na drodze akceptacji, iluzji lub nadziei. *Postawa akceptująca* przybiera formę akomodacji, gdzie chory zmienia się na tyle, aby cierpienie stało się dla niego bardziej znośne, lub asymilacji, w której chory próbuje dla własnej korzyści wydobyć z cierpienia jak najwięcej korzyści. Wyróżnia się akceptację bierną, przejawiającą się w biernym przyjmowaniu wydarzeń i akceptację czynną, która przebiega na drodze

¹⁹ Por. M. KULCZYCKI, *Psychologiczne problemy człowieka chorego*, Wrocław 1971, s. 78–85.

²⁰ Por. tamże, s. 10.

²¹ Por. K. PUŁAWSKA, *Reakcja dziecka na jego własną chorobę i chorobę kogoś z otoczenia*, w: *Ludzie chorzy i starsi w Kościele*, red. J. Charytański, Warszawa 1981, s. 319–320.

²² Por. Z. BOHDAN, *Lekarz wobec śmierci dziecka*, *Więź* 1999 nr 2, s. 80–81.

aktywnego poszukiwania sensu. *Postawa iluzoryczna* chroni chorych przed lękiem i poczuciem winy oraz usuwa z ich świadomości nieprzyjemne zdarzenia i myśli. W tej postawie występują mechanizmy obronne racjonalizacji, projekcji lub ucieczki w świat fantazji. *Postawa nadziei* wyraża się w przyjęciu daru cierpienia Chrystusa, który uczynił je rzeczą użyteczną i aktywnym przewyciężaniem zła²³

Jednym z poważnych problemów czasów współczesnych jest zwiększająca się liczba osób cierpiących na wielorakie zaburzenia psychiczne. Ich wzrost wiąże się między innymi z napięciami i stresami mającymi swoje źródło we współczesnej cywilizacji naukowo – technicznej, gdzie często liczy się tylko zysk i skuteczność działania. Wielu ludzi odczuwa samotność i odosobnienie, związane z zanikiem naturalnych więzi rodzinnych i społecznych. Pojawia się strach przed zagrożeniem związanym z zamachami terrorystycznymi. Rodzi się też poczucie bezsensu życia i egzystencjalnej pustki, której nie wypełniają zdobyte dobra materialne. U podstaw wielorakich problemów osobowościowych i zaburzeń psychicznych leży brak poczucia bezpieczeństwa, miłości i akceptacji²⁴

Zaburzenia psychiczne, będące przedmiotem zainteresowania psychiatrii klinicznej, dzieli się tradycyjnie na *zaburzenia psychotyczne* (psychozy), w których występują urojenia, omamy, zaburzenia świadomości, emocji i nastroju oraz *niepsychotyczne*, wśród których spotykamy nerwice i zaburzenia typu nerwicowego, upośledzenia umysłowe, zaburzenia osobowości, uzależnienia od alkoholu i innych substancji²⁵

Psychozy dzielą się na psychozy czynnościowe i organiczne. Jedną z najczęściej spotykanych psychoz czynnościowych jest *schizofrenia*, która występuje w czterech postaciach: prostej, hebefrenicznej, katatonicznej i paranoidalnej. Chorzy na schizofrenię wycofują się ze świata rzeczywistego, wchodząc w świat swoich wyobrażeń. Pojawia się u nich brak zgodności między myślami a reakcjami uczuciowymi, wyrażający się w subiektywnym dostrzeganiu postawy wrogości u wszystkich otaczających ich osób, a także w konkretnym odnoszeniu do siebie treści przekazywanych na

²³ Por. J. MAKSELON, *Z psychologii cierpienia*, HD 1987 nr 1, s. 41–46.

²⁴ Por. A. AUTTON, *Żyją wśród nas. Opieka duszpasterska nad osobami z zaburzeniami psychicznymi*, Warszawa 1981, s. 29–30.

²⁵ Zob. S. PUŻYŃSKI, *Zaburzenia psychiczne*, w: *Leksykon psychiatrii*, red. S. Pużyński, Warszawa 1993, s. 526.

przykład przez środki masowego przekazu. U chorych występują też halucynacje słuchowe, które mają wpływ na ich zachowania i postawy. Kontakt słowny z osobami cierpiącymi na schizofrenię charakteryzuje się wielką zmiennością zachowań: od milczenia i nie reagowania na stawiane pytania do wielkiego pobudzenia i wyrzucania z siebie potoku słów²⁶ Podłożem wielu urojeń prześladowczych schizofreników jest chorobliwe poczucie grzechu i winy, które często nie jest adekwatne do zaistniałej sytuacji. Schizofrenicy cierpią też na urojenia religijne dotyczące określonej daty końca świata lub opętania przez diabła²⁷

Innym, często spotykanym rodzajem psychozy jest *depresja*. Stanowi ona chorobowe zaburzenie życia emocjonalnego i uczuciowego, wyrażające się między innymi obniżeniem nastroju odczuwanym jako uczucie przygnębienia, zniechęcenia, smutku, niemożności przeżywania radości i szczęścia. Często pojawia się stan obojętności, osłabienie tempa myślenia, zaburzenia pamięci, niewydolność intelektualna. Zmianie ulega subiektywne poczucie czasu: biegnie on bardzo wolno, minuty stają się godzinami, a godziny dniami²⁸

Z reguły w chorobie maniakalno - depresyjnej występują naprzemiennie dwa stany: maniakalny i depresyjny. W stanie maniakalnym tempo życia ulega przyspieszeniu, pojawia się łatwa odwracalność uwagi, przeskakiwanie z tematu na temat, snucie nierealnych pomysłów i przedsięwzięć. W fazie depresyjnej życie staje się trudne do zniesienia, pojawia się nieokreślony smutek, chorobliwe poczucie winy, myśli i tendencje samobójcze²⁹ Osoby depresyjne cechuje wielka inercja: nie są one zdolne do wykonania najprostszych czynności życiowych, brakuje im sił i energii do sprawowania praktyk religijnych. Odczuwając subiektywnie fakt opuszczenia przez Boga, uważają siebie za wielkich grzeszników i ludzi bezwartościowych. Ich skupianie się na negatywnej stronie wiary związanej z grzechem i potępieniem, jeszcze bardziej nasila występujący lęk i zaburzenia depresyjne³⁰

²⁶ Por. A. AUTTON, *Żyją wśród nas*, dz. cyt., s. 114–115.

²⁷ Por. R. P. VAUGHAN, *Poradnictwo pastoralne a zaburzenia osobowości*, Kraków 1999, s. 149–150.

²⁸ Por. S. PUŻYŃSKI, *Depresje*, Warszawa 1988, s. 203.

²⁹ Por. A. KĘPIŃSKI, *Melancholia*, Warszawa 1985, s. 18–19.

³⁰ Por. R. P. VAUGHAN, *Poradnictwo pastoralne a zaburzenia osobowości*, dz. cyt., s. 174–175.

Biorąc za punkt wyjścia przyczyny depresji, wyodrębnia się powszechnie *depresje psychogenne* spowodowane różnorodnymi wydarzeniami życiowymi i związanymi z nimi urazami psychicznymi, *depresje somatogenne* występujące w przebiegu różnych chorób somatycznych i *depresje endogenne* spowodowane biochemicznymi zaburzeniami funkcjonowania mózgu, systemu hormonalnego lub nerwowego³¹

Zachodzące w psychozach zmiany psychiczne dotyczą całokształtu procesów psychicznych, prowadząc do zdeorganizowania całej osobowości. Inaczej jest w nerwicach, gdzie zaburzenia psychiczne dotyczą głównie procesów emocjonalnych. Nerwice są trwałymi zaburzeniami w funkcjonowaniu człowieka w różnych obszarach jego życia, dotyczących między innymi obrazu samego siebie, realizowania celów życiowych i uczestnictwa w życiu społecznym³². Przyczynami tego typu zaburzeń są wymagania otoczenia, obciążenia życiowe i trudności w rozwiązywaniu wewnętrznych konfliktów, przewyższające możliwości przystosowawcze jednostki. Pewne uwarunkowania genetyczno – konstytucjonalne w połączeniu z czynnikami fizycznymi, psychospołecznymi i kulturowymi stwarzają określone sytuacje nerwicorodne. Zaburzenia nerwicowe objawiają się w postaci nadmiernej drażliwości, stanów lękowych, obsesji, osłabienia sprawności umysłowej, zaburzeniami czynności narządów bez ich uszkodzenia organicznego, postaw buntu, agresji, rezygnacji i unikania pewnych sytuacji. Do najbardziej rozpowszechnionych nerwic zaliczamy nerwice lękowe, depresyjne, histeryczne, natręctwa oraz fobie³³

Osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne, skarżą się często na subiektywną utratę poczucia sensu życia, która może posiadać wielorakie podłoże. Chorobliwe poczucie utraty sensu życia połączone często z próbami samobójczymi, występuje w przypadku psychoz depresyjnych lub schizofrenicznych. Mija ono wraz z zaleceniem choroby. W wypadku zaburzeń nerwicowych, brak sensu życia związany jest z trudną sytuacją egzystencjalną. Psychoterapia pokazująca przyczyny tego zjawiska i ukazująca sposoby wyjścia

³¹ Por. S. PUŻYŃSKI, *Depresje*, dz. cyt., s. 256.

³² Por. J. STROJNOWSKI, *Psychoterapia. Przewodnik dla osób, które chcą się odnaleźć oraz dla ich terapeutów*, Wrocław 1999, s. 34.

³³ Zob. S. PUŻYŃSKI, *Nerwice*, w: *Leksykon psychiatrii*, dz. cyt., s. 289–292.

z zaistniałej sytuacji, pomaga w powrocie do wewnętrznej równowagi. Inną przyczyną braku sensu jest stan wywołany utratą osoby bliskiej, majątku, środków do życia, zdrowia. Pomoc udzielana takiej osobie polega na empatycznym towarzyszeniu jej aż do chwili, kiedy na nowo odbuduje poczucie sensu życia³⁴

Wielu ludzi wykazuje brak elementarnej wiedzy dotyczącej chorób psychicznych i potrzeb cierpiących na nie osób. Uważa się powszechnie, że powinny one przebywać w zamkniętym zakładzie, z daleka od swoich bliskich. Dobro tych osób wymaga, aby przebywali w domu i doświadczali akceptacji, życzliwości i miłości ze strony najbliższych oraz społeczeństwa, a pobyt w szpitalu ma się wiązać jedynie z okresami zaostrzenia choroby³⁵. Dużą rolę w przełamywaniu pewnych stereotypów w podejściu do osób chorych psychicznie i ich leczeniu mogą odegrać kapłani. Wymaga się od nich, aby z jednej strony potrafili rozpoznać łagodniejsze objawy zaburzeń psychicznych, współpracując w procesie terapeutycznym z odpowiednio uformowanymi specjalistami świeckimi, a z drugiej strony uczyli ludzi pozbywania się negatywnego podejścia do chorób psychicznych³⁶. Duszpasterze pragnący pomagać osobom chorym psychicznie i ich rodzinom powinien posiadać elementarną znajomość zaburzeń psychicznych, ich diagnozy i terapii³⁷.

Kapłan nie może nigdy z własnej inicjatywy leczyć osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne. Współpracując z psychiatrą, może stosować „terapię towarzyszenia”, podtrzymując pacjenta na duchu poprzez serdeczną, pełną zrozumienia i życzliwości postawę. W chwilach wzburzenia emocjonalnego chorych należy unikać dyskusji i sporów na tematy religijne, gdyż pacjenci w takich sytuacjach nie są zdolni do racjonalnego podejścia do zagadnień światopoglądowych. Nie można też stosować zdawkowych pocieszeń („nie ma tego złego, co by na dobre nie wyszło” lub „wszystko w końcu będzie dobrze”), które są niezgodne z rzeczywistością i tylko zmierzają do stłumienia uczuć i problemów chorych. Duszpasterz z przyczyn taktycznych powinien na jakiś czas powstrzymać się od jakichkolwiek pouczeń religijnych, okazując pacjentowi akceptację i dając mu odczuć swoje przyjazne

³⁴ Por. K. JEDLIŃSKI, *Jak pomagać człowiekowi, który utracił sens życia?*, Życie Duchowe 1996 nr 6, s. 41–42.

³⁵ Zob. E. SUJAK, *Wybrane zagadnienia z psychologii ludzi starych i chorych w praktyce duszpasterskiej*, WDL (1978, z. 1–4, s. 84.

³⁶ Por. A. AUTTON, *Żyją wśród nas*, dz. cyt., s. 13–16.

³⁷ Por. H. KRZYSTECZKO, *Duszpasterstwo chorych psychicznie*, SSHT 2000, s. 287.

nastawienie. Wyraża się ono w okazywanej trosce i udzielaniu możliwej pomocy³⁸

W trakcie trwania każdej choroby rodzą się względem niej różne podejścia kształtujące role społeczne chorych. Wyróżniamy wśród nich postawy altruistyczne oraz egoistyczne. Do *postaw altruistycznych* należą postawy dawcy, samarytanina, pomocnika, konspiratora, żołnierza, artysty, bohatera. *Postawy pasożytnicze* obejmują biorcę, hipochondryka, malkontenta, zasłużonego, żebraka, zawodowca, świętoszka³⁹

Dawca jest człowiekiem spostrzegającym wokół siebie cierpienia innych ludzi, z którymi dzieli się dobrocią, życzliwością, miłością i szlachetnością. Samarytanin rzeczowo i rozważnie ocenia swoją chorobę, potrafiąc cierpliwie słuchać innych i pomagając im w walce z zagrożeniami. Pomocnik akceptując swoją chorobę, współdziała z personelem medycznym w procesie leczenia i pomaga innym w odnalezieniu jej głębokiego, nadprzyrodzonego sensu. Chory o postawie konspiratora mając świadomość ciężkiej choroby ukrywa swoje cierpienia, wstydząc się braku wytrzymałości w ich znoszeniu. Chory o postawie poszukiwacza szuka u siebie i u innych chorych pozytywnych elementów cierpienia, widząc w nich możliwości samorealizacji i integracji osobowości. Chory o postawie żołnierza odważnie i śmiało znosi konsekwencje swojej choroby, wzbudzając u innych otuchę i solidarnie im towarzysząc w trudach istnienia. Chory o postawie artysty potrafi przekształcać objawy i przeżycia chorobowe w pozytywne wartości: uśmiech, radość, aktywność, optymizm, harmonię i nadzieję. Chory o postawie bohatera odznacza się nieprzeciętnym heroizmem, gromadząc wokół siebie innych chorych z powodu swojej ideowości i wielkości, będąc wodzem etycznym całkowicie pochłoniętym służbą.

Chory o postawie biorcy egoistycznie widzi w swojej chorobie źródło ciągłych korzyści duchowych i materialnych, nie dostrzegając wokół siebie innych chorych. Chory o postawie hipochondryka odznacza się stałą dyspozycyjnością do chorowania, wyolbrzymiając każdy objaw chorobowy. Chory o postawie malkontenta nie akceptując swojej choroby i uważając się za wszechwiedzącego eksperta, nieustannie krytykuje podjęty proces leczenia. Chory o postawie

³⁸ Zob. tamże, s. 294-296.

³⁹ Por. K. OSIŃSKA, *Postawy chorych wobec własnej choroby*, w: *W trosce o chorych i niepełnosprawnych*, red. J. Kulik, Łódź-Warszawa 1981, s. 167

zasłużonego będąc stałym bywalcem szpitali i przychodni, pragnie zwrócić na siebie uwagę, głośno manifestując swój stan chorobowy i strasząc innych chorych. Chory o postawie żebraka będąc tchórzem, nie umie albo nie chce zdobyć się na wysiłek powrotu do zdrowia oraz pragnie czerpać wymierne zyski ze swojej choroby. Chory o postawie zawodowca traktuje chorobę jako azyl i egoistyczny sposób na życie. Chory o postawie świętoszka będąc osobą dewocyjną, głosi patetycznie że „cierpi za miliony” i przypisuje sobie cechy heroicznego bohatera⁴⁰

Pobieżna obserwacja prowadzi do wniosku, że postawy pasożytnicze przeważają liczbowo nad postawami altruistycznymi. Takie przekonanie spowodowane jest tym, że chorzy o postawach egoistycznych zwracając ciągle na siebie uwagę, są bardzo dokuczliwi dla swojego otoczenia. W odbiorze społecznym chorzy o postawach altruistycznych nie są postrzegani jako chorzy, ale osoby czynne zawodowo i społecznie, wrażliwi na cierpienia innych, obdarzeni wieloma pozytywnymi przymiotami. Ujawniony przypadkowo fakt ich choroby stanowi często szok dla otoczenia⁴¹

Świat przeżyć człowieka chorego różni się bardzo od świata ludzi zdrowych. Warunkiem skutecznej pracy duszpasterskiej wśród chorych jest całościowe poznanie ich zróżnicowanego świata przeżyć wewnętrznych. Różne reakcje chorych na fakt choroby, zdobywanie umiejętności chorowania, zmiana natężenia i hierarchii ważności potrzeb psychicznych, różnorodne reakcje i potrzeby ludzi chorych terminalnie, problemy osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, postawy ludzkie wobec cierpienia i choroby – to tylko niektóre części składowe psychologicznej rzeczywistości duszpasterstwa chorych. Tę rzeczywistość tworzą nie tylko chorzy ze swoim specyficznym sposobem przeżywania i odczuwania świata, ale również personel medyczny, duchowni i wolontariusze świeccy, wchodzący z chorymi w specyficzne relacje. Poznanie psychologicznych uwarunkowań tych relacji przyczynia się do skuteczności podejmowanych działań.

⁴⁰ Zob. K. OSIŃSKA, *Ludzie chorzy we wspólnotie ludzkiej*, w: *Ludzie chorzy i starsi w Kościele*, red. J. Charytański, dz. cyt., s. 71–76.

⁴¹ Por. K. OSIŃSKA, *Twórcza obecność chorych*, dz. cyt., s. 42–58.

B. Psychologiczne uwarunkowania relacji chory - zdrowy

Proces leczenia obejmuje trzy zasadnicze elementy: czas, określone działania medyczne (zabiegi i lekarstwa) oraz oddziaływania psychologiczne. Wielu chorych jest niezadowolonych z relacji z pracownikami służby zdrowia i wolontariuszami, którzy nie potrafią nawiązać z nimi odpowiedniego kontaktu i wczuć się w ich sytuację. Również najbliżsi i przyjaciele chorych nie mają doświadczeń w ustosunkowaniu się do niezrozumiałych często reakcji emocjonalnych osób cierpiących, nie mówiąc już o rozpoznawaniu i kontrolowaniu swoich reakcji emocjonalnych. Przyczyn tych zjawisk należy się doszukiwać w niedostatecznej znajomości zasad psychologii, w tym czynników warunkujących poprawną komunikację interpersonalną. Ich poznanie może w dużej mierze stanowić ważny element terapii przyspieszający proces leczenia i powrót do zdrowia.

Wśród osób wywierających znaczny wpływ na postępowanie chorych, dużą rolę odgrywają pracownicy służby zdrowia, na których w sposób szczególny ciąży obowiązek pozytywnego oddziaływania na pacjentów⁴² Aby ich oddziaływanie miało charakter terapeutyczny, trzeba najpierw dobrze poznać chorego, jego indywidualne właściwości psychiczne, sposób rozumienia świata, a także środowisko, z którego się wywodzi. Poznawanie chorego odbywa się drogą przeprowadzanych z nim i jego najbliższymi rozmów, jak też na podstawie obserwacji różnorodnych zachowań i gestów. Nie można jednak traktować chorego jedynie jako przedmiotu obserwacji. Podejście lekarza do chorego musi być przepełnione humanizmem i partnerskim traktowaniem⁴³

Podstawowym sposobem poznawania drugiego człowieka jest rozmowa, będąca zarazem ważnym elementem terapii⁴⁴ Taka rozmowa zawiera płaszczyznę słuchania, a dopiero później mówienia. Nie jest możliwe pełne zrozumienie przeżyć człowieka chorego bez słuchania empatycznego. Empatia, której doskonałym przykładem jest Wcielenie Chrystusa, będące wejściem Syna Bożego w całą sytuację egzystencjalną człowieka z jego cielesnością i psychiką, oznacza wczucie się w niepowtarzalny świat drugiej osoby. Empatia ma być wcieleniem w subiektywny świat drugiego człowieka i popatrzeniem na

⁴² Por. M. KULCZYCKI, *Psychologiczne problemy człowieka chorego*, dz. cyt., s. 132.

⁴³ Por. A. KĘPIŃSKI, *Poznanie chorego*, Kraków 2002, s. 14.

⁴⁴ Por. H. PERA, *Sam nie podolałam*, dz. cyt., s. 122.

otaczającą rzeczywistość jego oczyma⁴⁵ Chociaż słuchanie empatyczne wymaga zaangażowania całej osoby i stanowi dla człowieka wielki wysiłek intelektualno – emocjonalny, to ma ono wielkie znaczenie dla komunikacji międzyludzkiej. Pomaga lepiej zrozumieć drugiego człowieka i nawiązać z nim, nacechowany miłością, kontakt. Poszerza też i ubogaca własny świat słuchającego, odkrywając nieznane do tej pory sposoby przeżywania, wartościowania i rozumowania.

Empatyczne wsłuchiwanie się w drugiego człowieka zakłada spełnienie kilku warunków. Wymagany jest autentyzm i umiejętność dystansowania się od własnych sposobów myślenia i przeżywania oraz poszanowanie wolności i godności partnera rozmowy. Potrzebna jest także umiejętność przezwycięzania blokad we wzajemnej komunikacji, jak też zdolność do werbalizacji, czyli wypowiedzenia własnymi słowami tego, co słuchacz zrozumiał z wypowiedzi drugiej osoby. Dopiero spełnienie tych warunków, ułatwia zrozumienie wewnętrznego świata chorego, co stanowi punkt wyjścia do wypowiedzenia adekwatnych do sytuacji słów pociechy i prowadzenia terapii.

Jednym z warunków słuchania empatycznego jest postawa autentyczności, związana z naturalnym zachowaniem się słuchacza. Autentyzm stwarza atmosferę, w której rozmówca może rzeczywiście poznać samego siebie i zakomunikować stany swojego ducha, bez obawy o krytykę lub negację. Aby w relacjach z drugą osobą wykazać się autentyzmem i uniknąć niepowodzenia w rozmowie, trzeba unikać dwuznaczności przekazu. Rodzi się on wtedy, gdy na poziomie niewerbalnym słuchacz odczuwa negatywne emocje wobec rozmówcy (znużenie, antypatię, awersję, odrzucenie), a konwenanse społeczne lub dobre wychowanie skłaniają go do ukrywania takich reakcji i nieszczerzej komunikacji. Aby zachować autentyzm umożliwiający empatię, należy wprost komunikować swoje odczucia jako reakcję negatywną powstającą w nas, której wewnątrznie nie jest akceptowana. Nie może to się jednak dokonywać w sposób pośredni lub przypisujący rozmówcy winę za swoją reakcję⁴⁶ Autentyzm wymaga pozbywania się maski udawanego współczucia lub obojętności, która przykrywa aktualne przeżycia słuchacza. U chorych, którzy często są wyczuleni na nieszczerłość uczuć, powściągliwość reakcji emocjonalnych, ukrywanie

⁴⁵ Por. M. DZIEWIECKI, *Psychologia porozumiewania się*, Kielce 2000, s. 32-33.

⁴⁶ Por. M. SZENTMARTONI, *Psychologia pastoralna*, Kraków 1995, s. 38-39.

znużenia rozmową lub ich zachowaniami wywołuje nasilenie niepokoju i prowadzi do powstawania zaburzeń nerwicorodnych⁴⁷

Słuchanie empatyczne wymaga umiejętności zdystansowania się od własnego sposobu myślenia i przeżywania świata. Wsłuchując się w wypowiedziane przez człowieka chorego słowa, trzeba uczyć się odkrywania ich znaczenia i sensu w jego życiu, odkładając na bok własne myśli i uczucia. Gdy mówi on o swoim doświadczeniu bólu, a słuchacz myśli o tym, jak sam przeżywa ból, to wczuwa się on nie w cierpienia drugiego człowieka, lecz w swoje przeżycia. Oczywiście subiektywna znajomość pewnych stanów psychicznych czy fizycznych pomaga zrozumieć innych, ale nie można patrzeć na świat jedynie przez pryzmat swoich doświadczeń.

Osiągnięcie dystansu do swojego sposobu myślenia i przeżywania świata łączy się z nieustannym pogłębianiem znajomości samego siebie i odkrywaniem mechanizmów rządzących własnym zachowaniem. Znajomość samego siebie jest jednym z podstawowych warunków zrozumienia drugiego człowieka. Ktoś, kto nie potrafi poznać i zrozumieć samego siebie, nie będzie rozumiał innych ludzi. Dobre poznanie samego siebie pomoże również w odróżnieniu i nazwaniu rzeczywistości opisywanej przez rozmówców a doświadczanej w subiektywny sposób⁴⁸ W każdym człowieku występują mechanizmy obronne, które negując, fałszując i deformując rzeczywistość wewnętrzną i zewnętrzną, bronią szacunku człowieka dla samego siebie zagrożonego przez występujące impulsy i neutralizują różnorodne konflikty⁴⁹

Mechanizmy obronne (stłumienie, sublimacja, fantazjowanie, zaprzeczenie, identyfikacja, racjonalizacja, regresja, izolacja, anulowanie, projekcja itd.) pozwalają złagodzić lęk spowodowany konfliktami wewnętrznymi i ochronić jednostkę przed działaniem narzucanym przez popędy. Poznanie mechanizmów obronnych umożliwia lepsze zrozumienie przyczyn zachowań i postaw, co z kolei ułatwia wniknięcie w świat chorych, których postępowanie jest również od nich uzależnione. Empatia zakłada poszanowanie wolności i godności pacjenta. Ograniczenie poczucia wolności może stać się przyczyną wzmocnienia mechanizmów obronnych i wewnętrznego

⁴⁷ Zob. A. KĘPIŃSKI, *Poznanie chorego*, dz. cyt., s. 54–58.

⁴⁸ Por. M. DZIEWICKI, *Psychologia porozumiewania się*, dz. cyt., s. 49.

⁴⁹ Por. M. SZENTMARTONI, *Psychologia pastoralna*, dz. cyt., s. 63.

zamknięcia się na oddziaływanie terapeutyczne⁵⁰ Słuchając drugiego człowieka, trzeba spokojnie przyjmować wypowiedziane przez niego treści, nie wyrażając początkowo sądów etycznych i nie osądzając jego postępowania. Przyjęcie takiej postawy ma początkowo uświadomić rozmówcy fakt, że on sam decyduje o swoim postępowaniu, a później pomóc jemu w dokonaniu samodzielnej oceny działań i wprowadzeniu ewentualnej korekty postępowania. Musi się to jednak dokonywać w atmosferze poszanowania i akceptacji wolności drugiego człowieka, uwzględniającej złożoność wielu determinantów zachowania⁵¹ Uważne słuchanie i szacunek dla rozmówcy ma prowadzić człowieka cierpiącego do lepszego zobaczenia siebie i swojej sytuacji oraz rozszerzenia pola widzenia różnych spraw⁵² Zadaniem lekarza nie jest moralizatorstwo i etyczna ocena postaw i czynów emocjonalnych pacjentów, lecz zmniejszanie ludzkiego cierpienia⁵³

Niektóre zachowania lekarzy lub pracowników służby zdrowia uniemożliwiają otwarcie się słuchacza przed rozmówcą i w konsekwencji blokują lub utrudniają wzajemną komunikację. Do tego typu zachowań należy posługiwanie się ściśle fachowym językiem medycznym, demonstracyjne spoglądanie na wykaz różnych spraw do załatwienia lub zegarek, przerywanie wypowiedzi pacjentów lub ignorowanie ich pytań, okazywanie dezaprobaty⁵⁴

Dojrzała i pogłębiona komunikacja wymaga zaangażowania, okazania zainteresowania i skupienia się na wypowiedziach pacjenta. Wiąże się to z pochyleniem się nad chorym, patrzeniem mu prosto w oczy i zachowaniem odpowiedniego dystansu fizycznego. Nie jest wskazane usadowienie się po drugiej stronie biurka, gdyż w świadomości pacjentów są one często symbolem władzy, wywołując uczucie zależności i lęku. Trzeba więc wyjść za biurka i ustawić krzesło obok chorego. Odpowiednia postawa lekarza wyrażająca się między innymi poprzez odpowiednie gesty i zachowania, uświadomi choremu chęć zrozumienia jego wewnętrznych stanów emocjonalnych⁵⁵

Sztuka empatycznego słuchania nie ogranicza się tylko do otwarcia na wewnętrzny świat chorego, lecz wiąże się z werbalizacją

⁵⁰ Por. H. ROMANOWSKA - ŁAKOMY, *Niektóre problemy psychoterapii*, ZP 1980, nr 4, s. 45.

⁵¹ Por. J. STROJNOWSKI, *Psychoterapia*, dz. cyt. s. 69–70.

⁵² Por. E. SUJAK, *Psychologia i duchowość*, Życie Duchowe 1996, nr 6, s. 32.

⁵³ Por. A. KĘPIŃSKI, *Poznanie chorego*, dz. cyt., s. 59.

⁵⁴ Por. T. GORDON, *Pacjent jako partner*, Warszawa 1999, s. 106–107.

⁵⁵ Por. tamże, s. 68–70.

odzwierciedlającą jego myśli i stany emocjonalne. Może ona przybrać postać przeformułowania polegającego na zebraniu wszystkich werbalnych i niewerbalnych treści przedstawionych przez rozmówcę i przedstawieniu ich w postaci krótkiego powtórzenia lub podsumowania. Przy pomocy tych sposobów przeformułowania rozmówca sygnalizuje pacjentowi, że głęboko uczestniczy w jego przeżyciach, a także ma możliwość nieustannej weryfikacji zrozumienia jego stanów wewnętrznych⁵⁶

Poznanie wewnętrznego świata przeżyć chorego w oparciu o słuchanie empatyczne, obserwacje sposobów zachowań, a także o wypowiedzi członków rodziny, znajomych lub innych pacjentów, jest punktem wyjścia do budowania właściwych relacji z chorymi i nawiązywaniu z nimi współpracy w procesie leczenia. Przy nawiązywaniu takiej współpracy trzeba uwzględnić kilka czynników. Rodzi się potrzeba dostosowania się do ogólnego poziomu intelektualnego pacjenta, w tym jego sposobu rozumienia choroby. Inaczej bowiem prowadzi się rozmowę z pacjentem myślącym w kategoriach przyczynowo – skutkowych, a inaczej z kimś mającym niski poziom rozumienia otaczającego świata, gdzie trzeba stosować proste pojęcia oraz obrazowe przykłady.

Omawianie z pacjentem pewnych problemów musi również uwzględniać jego stan emocjonalny. Udzielanie porad w sytuacji, gdy przeżywa on wzburzenie, strach lub lęk, nie odnosi prawie żadnych skutków⁵⁷ Kontakt chorego z personelem medycznym winien odbywać się w atmosferze spokoju. Pośpiech stwarza sytuację, w której partner traktowany jest jako przeszkoda opóźniająca realizację czekających zadań. Staje się to źródłem agresywnej postawy względem chorego i uniemożliwienia nawiązania z nim odpowiedniego kontaktu⁵⁸

Lekarze i ich współpracownicy winni wystrzegać się rutyny i traktowania chorych w sposób przedmiotowy. Trzeba też przestrzec przed niebezpieczeństwem zachwiania relacji partnerskiej i próbami podporządkowania sobie pacjentów. Nie można chorego traktować jako bezosobowego przypadku, którego problemy i cierpienia zostały zredukowane do ściśle określonej jednostki chorobowej⁵⁹ Trzeba

⁵⁶ Por. M. SZENTMARTONI, *Psychologia pastoralna*, dz. cyt., s. 45–46.

⁵⁷ Por. M. KULCZYCKI, *Psychologiczne problemy człowieka chorego*, dz. cyt., s. 145–151.

⁵⁸ Por. A. KĘPIŃSKI, *Poznanie chorego*, dz. cyt., s. 170.

⁵⁹ Por. P. DOLINIAK, *Refleksje nad istotą relacji pacjent – psychoterapeuta*, ZP 1980, nr 4, s. 20–22.

w nim widzieć partnera, któremu nie narzuca się gotowych rozwiązań, ale proponuje wzajemną współpracę. Pacjent ma być aktywnym współpracownikiem procesu leczenia, z którym wspólnie podejmuje się pewne decyzje⁶⁰

Wspomniane uwarunkowania psychologiczne dobrej komunikacji interpersonalnej dotyczą nie tylko lekarzy i ich współpracowników, ale również duszpasterzy. Chorzy oczekują od nich przywrócenia łączności z Bogiem⁶¹, pomocy w znalezieniu odpowiedzi na pytanie o sens cierpienia i pogłębienia świadomości, że Kościół zawsze towarzyszy im przez posługę sakramentalną⁶². Ukazywanie chrześcijańskiego sensu cierpienia i budzenie nadziei musi się jednak wiązać z fizyczną obecnością kapłana przy chorym i cierpliwym wsłuchiwanym się w jego świat przeżyć wewnętrznych. Podzielenie się z duszpasterzem doświadczeniem bólu przynosi często ulgę i podnosi chorych na duchu⁶³, ale również ważną rzeczą jest dla nich kontakt pozawerbalny, związany z dotykiem, uśmiechem i okazaniem ciepła⁶⁴. Wielu chorych bardziej niż umiejętność słuchania i prowadzenia rozmowy połączonej z argumentacją biblijną, oczekuje od kapłanów wewnętrznego ciepła, uczuciowego zaangażowania i postawy świadka wiary⁶⁵.

Postawa autentyczności wymagana jest szczególnie wobec osób umierających. Kapłanom spotykającym się na co dzień ze śmiercią, grozi niebezpieczeństwo posługiwania się utartymi sformułowaniami i pusto brzmiącymi formułami, które nie mają nic wspólnego z empatycznym towarzyszeniem umierającym. Kapłan i cały zespół hospicyjny winni zawsze być „przy chorym”, co wiąże się z akceptacją

⁶⁰ Por. T. GORDON, *Pacjent jako partner*, dz. cyt., s. 41.

⁶¹ Por. J. GRZYBIAKOW, *Duszpasterstwo ewangelickie*, Warszawa 1980, s. 81.

⁶² Por. H. PERA, *Sam nie podolałem*, dz. cyt., s. 171.

⁶³ Por. S. KAŁUŻA, S. ZIEMIAŃSKI, *Poradnik dla kapłanów lecznictwa zamkniętego*, Kraków 1991, s. 6–7.

⁶⁴ Zob. Owoce pracy dyskutantów po wystąpieniu ks. R. Augustyna – dyrektora diecezjalnego Centrum Formacji Kapłanów i Świeckich Asystentów Pastoralnych z Buffalo w USA, w: *Duszpasterstwo Służby Zdrowia w Polsce: osiągnięcia i wyzwania. Materiały z ogólnopolskich warsztatów kapłanów duszpasterstwa Służby Zdrowia, Apostolstwa Chorych i Hospicjów*, red. E. Dutkiewicz, P. Krakowiak, Gdańsk 1999, s. 68–70.

⁶⁵ Por. J. GRZYBIAKOW, *Duszpasterstwo ewangelickie*, dz. cyt., s. 54.

szacunkiem, komunikacją oczu i empatią⁶⁶ Postawa duchownego będącego świadkiem wiary w Boga i życie wieczne, stanowi dla umierających dużą pomoc. W sposób szczególny cenią sobie możliwość wypowiedzenia przed nim wszystkich swoich grzechów i uzyskania przebaczenia⁶⁷

Aby człowiek nieuleczalnie chory mógł uporządkować wszystkie swoje sprawy życiowe, musi być uprzedzony przez lekarza o niebezpieczeństwie śmierci. Tę prawdę można przekazać dopiero wtedy, gdy istnieje odpowiednia diagnoza. Należy ją przekazać w taki sposób, aby nie odbierać nadziei na polepszenie stanu zdrowia. Nie ma utartego modelu postępowania związanego z informowaniem chorego o jego chorobie. Wszystko zależy od indywidualnych cech pacjenta, stanu jego świadomości, oczekiwań i rodzaju choroby⁶⁸ Niewłaściwym jest jednak, w imię rzekomego dobra chorego, ukrywanie przed nim prawdy o zbliżającej się śmierci. Takie postępowanie uniemożliwia zarówno ostateczne załatwienie wielu życiowych spraw, jak i spędzenie ostatnich chwil w poczuciu wzajemnej bliskości i łączności z najbliższymi. Pełen wzajemnej bliskości czas pomaga choremu i otaczającym go osobom przyjąć śmierć w spokoju i bez lęku, ograniczając jego duchowe cierpienia⁶⁹

Brak umiejętności informowania pacjenta o zbliżającej się śmierci zauważa się nie tylko wśród części duszpasterzy, ale również wśród lekarzy, którzy w czasie studiów medycznych nie są przygotowywani do tego typu rozmów⁷⁰ Wielu z nich stając w obliczu umierającego człowieka ukrywa się za różnego rodzaju „maskami” związanymi z profesjonalną aktywnością i specjalistycznym językiem lekarskim, traktując chorego w bezduszny i bezosobowy sposób. W ten sposób postępuje również część duszpasterzy, używając w obliczu śmierci utartych formuł i sformułowań, nie próbując empatycznie zrozumieć ludzi umierających oczekujących autentyczności, czasu

⁶⁶ Por. T. WOJTULEWICZ, *Rola psychologa przy chorych umierających*, w: *Eutanzja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*, red. A. Biela, Lublin 1996, s. 139–140.

⁶⁷ Por. J. ŁUCZAK, *Sztuka dobrego umierania*, Więź 1999, nr 2, s. 81.

⁶⁸ Por. J. ORZESZYNA, *Mówić umierającemu prawdę czy nie mówić?*, Kraków 1995, s. 35–37.

⁶⁹ Por. J. ŁUCZAK, *Sztuka dobrego umierania*, art. cyt., s. 72.

⁷⁰ Por. *Prawa pacjenta. Prawda jest trudna czy niepotrzebna? Dyskusja redakcyjna*, Przegląd Powszechny 1993, nr 3, s. 308-309.

i serca⁷¹ Udzielanie informacji o stopniu zaawansowania choroby i perspektywach jej przebiegu powinno być powolnym, pełnym miłości procesem podprowadzającym chorego pod wspomnianą problematykę⁷²

Zagadnienie mówienia prawdy umierającym pacjentom stanowi przedmiot gorących dyskusji. Część środowiska lekarskiego uważa, że mówienie prawdy jest wynikającym z prawnego punktu widzenia ich moralnym obowiązkiem. Według nich każde kłamstwo jest przewinieniem, które powinno pociągać za sobą poważne konsekwencje. Inna grupa zwolenników mówienia prawdy człowiekowi umierającemu powołuje się na argument konieczności zachowania wiarygodności relacji między lekarzami a pacjentami. Uważają oni, że należy zawsze traktować poważnie każdego pacjenta, przekazując jemu prawdę o stanie zdrowia. Pojawia się nawet pogląd, że kłamstwo dotyczące stanu zdrowia pacjenta jest często wygodnym kamuflażem dla lekarzy próbujących ukryć swoje zakłopotanie i bezsilność wobec postępującej choroby⁷³

Wspomniany problem rozstrzyga dokument Papieskiej Rady do spraw Duszpasterstwa Służby Zdrowia Karta Pracowników Służby Zdrowia: „Istnieje prawo osoby, by była informowana o swoim stanie życia. To prawo nie zostaje pomniejszone wobec diagnozy i przewidywania choroby, która prowadzi do śmierci. (...) Perspektywa śmierci utrudnia i dramatyzuje przekazywanie wiadomości, ale nie zwalnia od prawdomówności”⁷⁴ O przekazywaniu prawdy osobom ciężko chorym mówi też Kodeks Etyki Lekarskiej z 1993 roku nakładający na lekarzy obowiązek informowania pacjenta i jego rodziny o nieuleczalnej chorobie: „W razie niepomyślnej prognozy dla chorego, powinien on być o niej poinformowany z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, że jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienia chorego lub inne

⁷¹ Por. H. PERA, *Chory człowiek jako pytanie ku nam skierowane*, Znak 1974, nr 241-242, s. 916-918.

⁷² Por. A. SKOWRONEK, *Chorzy i ich sakrament*, Włocławek 1997, s. 134.

⁷³ Por. J. BREHANT, *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*, dz. cyt., s. 52-56.

⁷⁴ PAPIESKA RADA DO SPRAW DUSZPASTERSTWA SŁUŻBY ZDROWIA, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995, s. 104.

niekorzystne dla zdrowia następstwa, jednak na wyraźne żądania pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji”⁷⁵

Chorzy terminalnie powinni znać prawdę o stanie swojego zdrowia, aby mogli podejmować odpowiednie plany związane z uporządkowaniem spraw rodzinnych, opieki nad dziećmi itp. Poznanie diagnozy o swoim stanie zdrowia wiąże się również z możliwością uczestnictwa w wyborze aktywnego sposobu leczenia. Potwierdzają to liczne badania dowodzące, że większość pacjentów chce znać diagnozę swojej choroby i wiążącą się z nią powagę sytuacji, aby zrobić odpowiednie plany na przyszłość. W świetle innych badań wiadomo, że pacjenci nie znający diagnozy o stanie zdrowia bardziej przeżywają lęk, poczucie osamotnienia i popadają w depresję⁷⁶

Sprawą dyskusyjną pozostaje problem sposobu przekazywania prawdy o stanie zdrowia człowiekowi umierającemu. Powinna to być czynność stopniowa, związana z „dawkowaniem informacji” dostosowanym do aktualnych potrzeb pacjenta. Wraz z upływem czasu i zmianami psychiki człowieka chorego, pojawiają się nowe pytania, na które lekarz powinien taktownie, ale jednoznacznie udzielać odpowiedzi. Jeśli pytanie stawiane przez pacjenta jest dla lekarza tak zaskakujące, że nie potrafi on natychmiast udzielić odpowiedzi, to można przełożyć termin rozmowy, ustalając datę następnego spotkania. Komunikowanie prawdy nie jest wydarzeniem jednorazowym, lecz stanowi pewien proces. Poznawanie prawdy polega na przebywaniu pewnej drogi, w trakcie której stopniowo wprowadza się człowieka chorego w całą prawdę⁷⁷

Lekarz powinien ograniczać się do postawienia diagnozy i nie wspominać o rokowaniach na przyszłość. Ustalenie ewentualnego terminu śmierci jest dla chorego równoznaczne z wydaniem na niego wyroku z zawieszeniem i budzi tak wielki lęk, że w niektórych wypadkach prowadzi do samobójstwa. Zadaniem lekarza jest roztropne podtrzymywanie u pacjentów wiary w przyszłość⁷⁸ Podtrzymywanie tej wiary jest również zadaniem duszpasterza, który powinien swoją

⁷⁵ *Kodeks Etyki Lekarskiej*. Tekst jednolity ze zmianami uchwalonymi przez III Krajowy Zjazd Lekarzy, Warszawa 12-14 XII 1993, wkładka do: *Gazeta Lekarska* 1994, nr 5 (41), art. 17.

⁷⁶ Por. T. GORDON, *Pacjent jako partner*, dz. cyt., s. 184-185.

⁷⁷ Por. A. BARTOSZEK, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*, Katowice 2000, s. 228-229.

⁷⁸ Por. J. BREHANT, *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*, dz. cyt., s. 64-65.

postawą dać odczuć choremu życzliwość i sympatię. Chory powinien mieć również świadomość modlitewnego wsparcia ze strony kapłana⁷⁹

Rozmowa z pacjentem nieuleczalnie chorym powinna obejmować cztery etapy. Pierwszy z nich wiąże się z ustalaniem subiektywnego stanu świadomości pacjenta dotyczącego przeżywanej przez niego choroby. Następny etap dotyczy zakresu pragnień chorego związanego z jego oczekiwaniami otrzymania diagnozy choroby i dalszych rokowań na przyszłość. Etap trzeci stanowi przekazywanie wiadomości dotyczących stanu zdrowia. Informacja dotycząca nieuleczalnej choroby musi być przekazywana stopniowo, w sposób dostosowany do poziomu intelektualnego i emocjonalnego pacjenta. Pacjent powinien otrzymać tyle prawdy, ile na danym poziomie choroby może zaakceptować. Przekazywanie niepomyślnych wiadomości musi być połączone z realistyczną nadzieją związaną z możliwościami terapii paliatywnej, leczeniem bólu itp. W ostatnim etapie rozmowy, lekarz po zorientowaniu się w odczuciach i reakcjach pacjenta, powinien mu wyjaśnić nasuwające się wątpliwości i zaoferować pomoc w rozwiązywaniu problemów natury psychologicznej i duchowej. Osobom nieuleczalnie chorym należy też ukazywać krótkotrwałe, możliwe do realizacji cele, aby pomóc im żyć z chorobą⁸⁰

Choroba stanowi trudne doświadczenie egzystencjalne nie tylko dla dotkniętych nią osób, ale również ich najbliższych, którzy często wymagają pomocy związanej ze wsparciem materialnym i duchowym. Ofiarowana pomoc związana jest z rodzajem choroby oraz miejscem i pozycją chorego w rodzinie. Należy uświadomić rodziców dzieci nie wymagających hospitalizacji o ich roli w zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa i przynależności, a także w miarę potrzeb pomóc im w zorganizowaniu odpowiedniej opieki oraz nauki szkolnej przez dochodzącego nauczyciela. W przypadku chorych rodziców trzeba pomóc dzieciom w zaspokojeniu podstawowych potrzeb, a także sprawnym prowadzeniu życia domowego⁸¹

Chorym przebywającym w domu należy zapewnić możliwość leczenia, czystą bieliznę pościelową i osobistą, dietetyczne odżywianie, ciszę oraz pomoc w załatwianiu potrzeb fizjologicznych

⁷⁹ Por. J. GRZYNAKOW, *Duszpasterstwo ewangelickie*, dz. cyt., s. 87.

⁸⁰ Por. A. OROŃSKA, *Rozmowa z nieuleczalnie chorym*, w: *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*, red. J. Barański, P. Steciwki, E. Waszyński, Wrocław 2000, s. 133-138.

⁸¹ Por. T. KUKUŁOWICZ, *Chory w domu i opieka nad nim*, SSHT 1979, s. 58-59.

i higienicznych⁸² Przede wszystkim potrzebują oni atmosfery życzliwości redukującej lęk i poczucie bezużyteczności⁸³ Oni bardzo przeżywają brak zainteresowania ze strony najbliższych, obojętność, odrzucenie i czerpanie korzyści materialnych z ich choroby. Okazywanie im konkretnych przejawów miłości pomaga w twórczym podejściu do choroby.

Szczególne znaczenie dla chorych leżących w szpitalu mają spotkania z najbliższymi. Osoby odwiedzające chorych winny zachowywać się w sposób naturalny, rozmawiając z nimi o interesujących ich sprawach. Trzeba unikać atmosfery pośpiechu. Każda rozmowa powinna być związana z dyskretną obserwacją i wyczuleniem na komunikaty pozawerbalne. Nie można zapominać, że człowiek chory szybko się męczy i wymaga indywidualnego podejścia związanego z rodzajem i nasileniem choroby. Należy unikać ogólnikowych pocieszeń i zbytniego podkreślania swojego stanu zdrowia. Kiedy chory zdaje sobie sprawę z powagi sytuacji i sam rozpoczyna rozmowę na pewne tematy, nie należy stosować uników i podejmować rozmowę, czyniąc to z wielkim taktem i kulturą, przewidując możliwe reakcje na wypowiedziane słowa⁸⁴ W rozmowie z chorym trzeba unikać podkreślania jego winy („gdybyś nas słuchał, to byś nie zachorował”), wyrażania niepokoju o stan pacjenta („złe wyglądasz, za długo leżysz w szpitalu”), przekazywania niepomyślnych wiadomości z domu lub omawiania z nim spraw wymagających podjęcia trudnych decyzji. Należy pamiętać o tym, że spokój i optymizm odwiedzających osób spełniają ważną rolę w terapii⁸⁵

Wszystkie osoby angażujące się w duszpasterstwo chorych, zarówno świeccy jak i duchowni, winni odznaczać się wytrwałością, cierpliwością i wrażliwością na ludzkie cierpienie. Potrzebne jest ciągłe doskonalenie umiejętności empatycznego słuchania związanego z wewnętrzną intencją pomocy oraz rozumienia i poszanowania wolności i godności każdego człowieka. Potrzebna jest również znajomość psychologii obejmująca skomplikowany świat człowieka chorego, jak też specyficznych związków między chorymi i zdrowymi.

⁸² Por. W. SZAFRAŃSKI, *Chorzy i zdrowi w mieszkaniu rodzinnym*, HD 1989, nr 4, s. 287–288.

⁸³ Por. I. ŚLIWIŃSKA, *Solidarność społeczna w chorobie i cierpieniu*, W Drodze 1990, nr 10, s. 59.

⁸⁴ Por. J. GRZYŃIAKOW, *Duszpasterstwo ewangelickie*, dz. cyt., s. 77–78.

⁸⁵ Por. M. KULCZYCKI, *Psychologiczne problemy człowieka chorego*, dz. cyt., s. 136–138.

Ważnym wydaje się też znajomość zasad komunikacji interpersonalnej, które oprócz komunikacji z drugim człowiekiem będą dotyczyć komunikacji z samym sobą. Musi to być powiązane z nieustannym przekształcaniem swojej osobowości⁸⁶ i zaangażowaniem własnej hierarchii wartości w proces przebudowy postawy chorego⁸⁷

Duszpasterstwo chorych jest wypełnieniem słów Chrystusa, który nakazał swoim uczniom leczyć wszelkie choroby i słabości (Mt 10, 1). Skuteczna pomoc i solidarność, okazywana wszystkim osobom chorym i cierpiącym, jest sprawdzianem wierności Kościoła względem Chrystusa oraz konkretnym wyrazem wiary poszczególnych chrześcijan (NMI 49–50). Aby Kościół mógł skutecznie realizować tę pomoc i zarazem realizować swoje posłannictwo, trzeba nie tylko zrozumieć psychikę i świat człowieka chorego, ale również tworzyć właściwe ramy organizacyjne tego duszpasterstwa na poziomie parafialnym i ponadparafialnym oraz poszukiwać odpowiednich do wyzwań współczesności jego nowych form. Temu celowi będzie służyła oddzielna publikacja.

Les fondements psychologiques et sociaux du ministère auprès des malades (résumé)

Les transformations sociales, politiques et religieuses, accomplies en Pologne après 1989, placent l'Eglise devant maints défis nouveaux. La réponse à ces défis devrait être précédée d'une réflexion scientifique, engagée par la théologie pastorale. Menant une réflexion scientifique sur la mission salutaire de l'Eglise, définie par le Concile comme Peuple de Dieu et Corps mystique de Christ, la théologie pastorale vise à préparer des modèles théologiques actuels, selon lesquels l'Eglise va actualiser son caractère en remplissant une mission de médiation salutaire.

L'apparition de ces nouvelles circonstances incite à poser des questions sur la direction du renouveau et la création de modèles théologiques appropriés, répondant à l'attente des divers ministères, y compris celui auprès des malades.

⁸⁶ Por. E. SUJAK, *Psychologia i duchowość*, dz. cyt., s. 34–35.

⁸⁷ Por. P. DOLINIAK, *Refleksje nad istotą relacji pacjent – psychoterapeuta*, art. cyt., s. 27.

Pour aider toutes les personnes à remplir efficacement leurs fonctions sacerdotales auprès des gens malades et souffrants, l'auteur de l'article a abordé les fondements psychologiques et sociaux du ministère auprès des malades. On a présenté l'univers spécifique de l'homme malade, tenant compte des différents genres de maladies et de leur spécificité, et montrant aussi leur influence sur le comportement des patients. On a fait voir aussi les diverses attitudes des malades, face à la souffrance, en attirant une attention particulière sur les réactions et les besoins des moribondes et des personnes souffrant de troubles mentaux. On a traité les conditionnements psychologiques du rapport entre une personne malade et une personne en bonne santé, soulignant la nécessité d'aborder avec empathie les problèmes des malades. On a montré l'importance thérapeutique du contact verbal avec le malade et aussi du contact exprimé par d'autres moyens d'expression. On a souligné le rôle de l'empathie et montré la spécificité des entretiens avec des personnes tirant à leur fin, accentuant la nécessité de renseigner, d'une façon appropriée, les malades sur l'approche de la mort.

L'association des connaissances professionnelles et spécialisées à l'enthousiasme interne et au zèle apostolique, permettra de mener avec justesse et efficacité le ministère auprès des malades dans la nouvelles circonstances. Cela constitue une réponse concrète à l'appel de Jean Paul II, visant à continuer avec une ardeur nouvelle le ministère auprès des personnes malades et souffrantes, appel lancé dans l'exhortation apostolique *Christifideles laici* (ChL 54).