

BÓL i cierpienie

pod redakcją

GRAŻYNY MAKIEŁŁO-JARZY i ZDZISŁAWA GAJDY

ACTA ACADEMIAE MODREVIANAЕ

Kraków 2005

Rada Wydawnicza:

Klemens Budzowski, Andrzej Kapiszewski,
Zbigniew Maciąg, Jacek M. Majchrowski

Recenzje:

Prof. dr hab. med. Janusz Andres

Dr hab. med. Zdzisław Gajda

Doc. dr hab. med. Władysław Lejman

Prof. KSW dr hab. Grażyna Makiello-Jarża

Prof. dr hab. med. Andrzej Śródka

Projekt okładki:

Joanna Sroka



Redaktor prowadzący:

Halina Baszak-Jaroń

Korekta:

Mariusz Warchoł

Copyright© by Krakowska Szkoła Wyższa im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,
Kraków 2005

ISBN 83-89823-51-9

Żadna część tej publikacji nie może być powielana ani magazynowana w sposób umożliwiający ponowne wykorzystanie, ani też rozpowszechniana w jakiegokolwiek formie za pomocą środków elektronicznych, mechanicznych, kopiujących, nagrywających i innych, bez uprzedniej pisemnej zgody właściciela praw autorskich.

Na zlecenie:

Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

www.ksw.edu.pl

Wydawca:

Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM,
Kraków 2005

Łamanie:

Mariusz Warchoł

Druk i oprawa:

DjaF

Spis treści

Wstęp.....	7
Przedmowa.....	9
<i>Marek Banach, Joanna Jagielska</i> Cierpienie w naukach Jana Pawła II.....	11
Anna Wszyńska Ratowanie zbawczych mocy cierpienia misją Rodziny Matki Bożej Bolesnej.....	19
<i>Małgorzata Kuleta, Monika Wasilewska</i> Sens cierpienia, sens życia. Analiza jakościowa indywidualnych doświadczeń.....	29
<i>Małgorzata Szerla, Michał Kosztolowicz</i> Aplikacja bólu na strukturę osobowościową.....	46
<i>Dorota Ortenburger</i> Osobowość a ból przewlekły.....	58
<i>Jan Iwaszczyszyn, Andrzej Kukielka</i> Metadon w leczeniu bólu nowotworowego.....	65
<i>Grażyna Makiello-Jarża</i> Rodzina wobec choroby i cierpienia dziecka.....	79
<i>Agnieszka Starzykiewicz, Michał Stolarek</i> Miłość i muzyka jako formy terapii bólu i cierpienia u dzieci onkologicznie chorych.....	84
<i>Anna Kaczmarska-Maderak</i> Wideotrening Komunikacji w pracy z rodziną z dzieckiem cierpiącym...106	
<i>Wojciech Kłapa, Marta Szeliga</i> Media w opiece paliatywnej – propozycje wykorzystania mediów do wsparcia chorych.....	117

<i>Wojciech Kłapa, Iwona Wilk</i> Organizacja czasu wolnego pacjentom w opiece paliatywnej – potrzeby, oczekiwania, możliwości.....	122
<i>Joanna Wylegała, Iwona Waligóra</i> Znaczenie radia i telewizji w organizacji czasu wolnego pacjentów hospicjum stacjonarnego.....	132
<i>Marek Banach, Joanna Jagielska</i> Przemoc rodzinna jako forma zadawania bólu i cierpienia.....	145
<i>Anna Wilczek, Magdalena Dykas, Ludwika Pawluk</i> Ból i cierpienie na polskich stronach internetowych (komunikat).....	165
Noty o autorach.....	173

Wstęp

W dniach 15–16 stycznia 2005 roku odbyła się sesja naukowa pod tytułem „Ból i cierpienie”, której organizatorami były: Katedra Historii Medycyny, Oddział Podkarpacki Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii i Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego przy znaczącym udziale Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego. Tradycyjnie już spotkania miały miejsce w Sali Malinowej Domu Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego przy ulicy Radziwiłłowskiej 4 oraz u Sióstr Kanoniczek Duchy Świętego przy kościele Św. Tomasza na ulicy Szpitalnej w Krakowie.

Doroczne spotkania lekarzy w klasztorze Sióstr Duchaczek w drugą niedzielę po święcie Trzech Króli przekształciły się z czasem w sympozja naukowe poświęcone tematowi odczuwania przez człowieka bólu i przeżywania cierpienia.

Należy tu przypomnieć, że idea naszych spotkań sięga odległych czasów, bo aż XII wieku, kiedy to papież Innocenty III polecił duchakom opiekę szpitalną nad chorymi w imię chrześcijańskiego obowiązku. Tu, w Krakowie, gdzie tradycja ma swój szczególny wymiar, oddając hołd tej chlubnej myśli, ścisły komitet organizacyjny sympozjum w składzie: dr hab. med. Zdzisław Gajda prof. UJ, dr med. Alicja Macheta i dr Maria Dorota Schmidt-Pospuła, zaprosił do wzięcia czynnego udziału przedstawicieli środowiska lekarzy, filozofów, psychologów i teologów. Swoje uczestnictwo w sesji naukowej potwierdzili naukowcy z różnych miast Polski (m.in. z Warszawy, Częstochowy, Jeleniej Góry, Bukowiny Tatrzańskiej). Referaty były wygłaszane w czterech sesjach z licznymi głosami dyskusyjnymi, a uwieńczeniem naszego spotkania był „Wieczór przy świecach”, zakończony wspólnym śpiewaniem kolęd i pastorałek przy stole zastawionym słodkościami.

Dzięki ogromnej pomocy i życzliwości prof. KSW dr Klemensa Budzowskiego oddajemy do Państwa rąk kolejny, drugi już zeszyt Acta Academiae Moldavianae, zawierający większość referatów wygłoszonych w czasie sympozjum „Ból i cierpienie” w 2005 roku.

Autorom tych cennych i interesujących opracowań serdecznie dziękujemy.

Zdzisław Gajda, Alicja Macheta, Maria Dorota Schmidt-Pospuła

Przedmowa

Już po raz jedenasty uczeni skupieni wokół Katedr Historii Medycyny oraz Anestezjologii i Intensywnej Terapii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego zorganizowali symposium pod hasłem „Ból i cierpienie”.

Po raz pierwszy do grona referentów włączyli się pracownicy naukowcy Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, skupieni wokół wydziału Nauk o Rodzinie. Grono uczestników symposium staje się z każdym rokiem bardziej różnorodne. Nie tylko przedstawiciele medycyny, ale także psycholodzy, pedagodzy i socjolodzy włączają się w nurt refleksji nad cierpieniem i próbują opisać różne formy terapii, tak medycznej, jak psychopedagogicznej.

Tom otwiera niezwykle interesujący artykuł Marka Banacha i Joanny Jagielskiej, koncentrujący się wokół problematyki cierpienia w naukach Jana Pawła II. Treść artykułu jest tym bardziej poruszająca, że może być odczytywana przez pryzmat cierpienia i śmierci naszego papieża.

Kolejny artykuł autorstwa niedawno zmarłej Anny Wszyńskiej zapoznaje nas ze wspólnotą Rodziny Matki Bożej Bolesnej, której misją jest ofiarowanie swojego cierpienia za zbawienie świata.. Taki rodzaj świadomego przeżycia swego cierpienia i ofiarowanie go za bliźnich jest udziałem niewielu. Być może dlatego w kolejnych wystąpieniach autorzy zarówno na podstawie przeprowadzonych badań, jak i własnych przemyśleń starają się ukazać subiektywny wymiar cierpienia, prezentując analizę indywidualnych doświadczeń (Małgorzata Kuleta, Monika Wasilewska) lub związek przeżywania bólu ze strukturą osobowości (Małgorzata Szerla, Michał Kosztołowicz oraz Dorota Ortenburger). Z kolei Jan Iwaszczyszyn i Andrzej Kukielka na bazie badań klinicznych przedstawiają zastosowanie metadonu w leczeniu bólu nowotworowego.

Cierpienie dziecka, a także cierpienie rodziców oraz niektóre formy pomocy w przeżywaniu choroby dziecka referują Grażyna Makiello-Jarża, Agnieszka Starzykiewicz i Michał Stolarek oraz Anna Kaczmarek-Maderak. Autorzy wskazują na konieczność lepszego zrozumienia cierpienia dzieci zarówno przez personel medyczny, jak i przez rodziców, ukazują, jak pomocne bywa zastosowanie różnorodnych technik terapeutycznych, takich jak muzykoterapia, terapia śmiechem czy wideotrening.

Pracując z chorymi, można stwierdzić, że życie ich zostaje diametralnie zmienione przez chorobę i związane z nią dolegliwości. Przebywającym w szpi-

talu świat jakby się kurczy. Chorzy tylko pozornie tracą zainteresowanie tym, co nie jest chorobą. Wojciech Kłapa, Marta Szeliga, Iwona Wilk, Joanna Wylegała i Iwona Waligóra ukazują w swych artykułach wagę umiejętnie zagospodarowanego czasu wolnego chorych, także tych, którzy podlegają opiece paliatywnej.

Zwracają uwagę na rolę mediów oraz sposoby, jakimi można chorych nimi zaciekawić. Pokazują, jakie audycje i filmy cieszą się zainteresowaniem. Znacząca popularność audycji o charakterze religijnym nasuwa przypuszczenie, że wielu pacjentom byłby potrzebny głębszy i częstszy niż to ma miejsce obecnie kontakt z osobami duchownymi (zakonnice, kapłani).

Od prezentowanej tematyki nieco odbiega artykuł o przemocy w rodzinie jako formie zadawania cierpienia autorstwa Marka Banacha i Joanny Jagielskiej. Autorzy, wykorzystując literaturę przedmiotu, ukazują, czym jest przemoc w rodzinie, jakie przybiera formy i jakich jej ofiary doznają cierpień. Warto uzmysłowić sobie, że ostatnimi laty również w Polsce dokonuje się eskalacja przemocy i że coraz częściej uderza w istoty zupełnie bezbronne – małe dzieci.

Zachęcając do lektury tomu, pragnę przypomnieć, że odszukać sens cierpienia, rozumieć je i odnosić się z wielkim szacunkiem do tych, którzy cierpią, nie znaczy godzić się na nie. Zawsze musimy starać się zrobić jak najwięcej, aby z nim walczyć.

prof. KSW dr hab. Grażyna Makiello-Jarża

Marek Banach, Joanna Jagielska

Cierpienie w naukach Jana Pawła II

Istnieje w człowieku przeświadczenie, że jego życie jest pielgrzymką, że jest on tylko gościem, który przechodzi przez świat. Każde życie zaczyna się i nieuchronnie kończy, dobiega kresu w momencie śmierci.

Jak powiada Jan Paweł II, „Człowiek jest bytem przechodnim i przygodnym, nieustannie staje wobec faktu przemijania życia, o którym wie, że posiada wartość jako przygotowanie do życia wiecznego”¹.

Wiek XX stał się synonimem rozwoju nauki i techniki. Postęp we wszystkich dziedzinach wiedzy doprowadził człowieka do osiągnięć, nad którymi niekiedy przestał panować. Odkrycia naukowe w dziedzinie medycyny, biologii i mikrobiologii pozwoliły na ograniczenie lub wyeliminowanie w sposób trwały z naszego życia wielu chorób, a tym samym ogromu cierpień. Do rzadkości należą zachorowania na cholera, dur brzuszny, czerwonkę, chorobę Heinego-Medina. W zapomnienie poszła czarna ospa, która do niedawna dziesiątkowała kraje i narody. Wprowadzenie szczepień ochronnych i rozwój tej dziedziny wiedzy zabezpieczył nas już od pierwszych minut życia przed atakiem wielu groźnych chorób. Wydawać więc by się mogło, że człowiek żyjący u progu XXI wieku, otoczony tak bogatą wiedzą, wspierany przez zdobycze techniki, wiecie życie zdrowe i pozbawione cierpienia.

Nic bardziej mylnego. Pomimo tych wszystkich osiągnięć wiek XX nie zdołał usunąć niebezpieczeństw, które zagrażają jednostce i całemu społeczeństwu. Ból i cierpienie towarzyszą człowiekowi niezależnie od stopnia długości i szerokości geograficznej. Odcisnęły one niezatarte piętno w dziejach całej ludzkości i nadal stanowią konstytutywną część ludzkiego życia. Ich zakres nie jest także zależny od stopnia rozwoju ekonomicznego państwa.

Bólem fizycznym nazywamy każde przykre doznanie uczuciowe i emocjonalne, które związane jest z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek². Ból odczuwają wszystkie te organizmy, które posiadają receptory bó-

¹ Jan Paweł II, *Przemówienia i homilie*, Warszawa 1990, s. 48.

² Zob. *Wielka Encyklopedia PWN*, J. Wojnowski (red.), Warszawa 2001, s. 369–370.

lowe, a natężenie wrażeń doznawanego bólu zależy od stopnia wrażliwości organizmu i sprawnego działania receptorów³.

Ból jest zawsze zjawiskiem subiektywnym, a każdy człowiek uczy się właściwego zastosowania tego słowa przez doświadczenia związane z urazami w początkowym okresie życia. Ból zawsze jest nieprzyjemny i dlatego jego doznanie stanowi przeżycie emocjonalne. Charakterystyczne jest także to, że przyciąga on uwagę człowieka, powodując silną koncentrację na odczuciach bólowych, a owa koncentracja uwagi na bólu wpływa na jego odczucie, subiektywnie go zwiększając.

Zdarza się jednak, iż człowiek cierpi, nie odczuwając żadnego bólu, bowiem cierpienie w swej strukturze psychicznej jest aktem niesłuchania złożonym. Jego źródeł możemy dopatrywać się zarówno w wszelakiego rodzaju brakach, jak i przesycie powodującym nudę, w trudach ludzkiej twórczości i osobowego rozwoju człowieka, w namiętnościach powstających w międzyludzkich relacjach, takich jak: miłość, zazdrość, zawiść; jak i w braku tych relacji – w samotności.

Cierpienie jest jednym z najbardziej dokuczliwych doświadczeń; choć niepojęte i często trudne do udźwignięcia, jest splecione z życiem nierozdzielnie. Nie jest jakimś szczególnym przypadkiem, który przytrafia się człowiekowi, ale czymś, bez czego życie ludzkie jest niemożliwe⁴. Z perspektywy osoby je przeżywającej zależy ono od konkretnych uwarunkowań uczuciowych jednostki, natomiast z uwagi na zewnętrzne okoliczności zależeć będzie od zmienności czasu i praw kierujących procesem życia emocjonalnego i duchowego człowieka⁵. Cierpienie jest zatem procesem bardziej złożonym, na który składają się przeżycia takie, jak: smutek, zmartwienie, przykrość, ból psychiczny, żal.

Istnieje ponadto cierpienie twórcze i cierpienie niszczące. Z jednej strony związane jest ono z wielkim rozwojem i wzrostem, dzięki któremu człowiek dojrzewa i ubogaca się, dzięki niemu także tworzy. Jest jednak cierpienie niszczące, powalające jak choroba, które niszczy to, co człowiek wznosił i rozwinął dzięki trudowi swojej twórczej pracy⁶.

Ks. Józef Tarnawa SJ, odwołując się do rozważań T. Świdrowicz, tak oto mówi o cierpieniu: „(...) cierpienie może stać się początkiem duchowego rozwoju człowieka i doprowadzić go do wewnętrznej dojrzałości i pełni człowieczeństwa. (...) dzięki mocy woli, swego duchowego „ja” można nadawać sens temu

³ J. Tarnawa, *Katecheza o cierpieniu i umieraniu w nauczaniu Jana Pawła II*, Kraków 2002, s. 11.

⁴ Zob. *Wielka Encyklopedia PWN*, op. cit., s. 55–57.

⁵ Zob. F. Bujak, *Cierpienie*, w: *Encyklopedia katolicka*, t. III, R. Łukaszyk, L. Bieńkowski, F. Gryglewicz (red.), Lublin 1979, s. 476.

⁶ Zob. T. Gadacz, *Wypisy z ksiąg filozoficznych. O cierpieniu, o przyjemności*, Kraków 1996, s. 11.

wszystkiemu, czego dotyczy ból i choroba. (...) Cierpienie odsłania prawdziwe duchowe oblicze człowieka i powoduje odrzucenie wszelkich iluzji, pozorów i masek. W cierpieniu człowiek wyraża własną osobowość: jej małość lub wielkość, jak również uczy się takich podstawowych wartości, jak: opanowanie, cierpliwość, wytrwałość oraz wrażliwość i otwartość na sprawy i los innych”⁷.

Cierpienie zmusza niejednokrotnie osobę nim dotkniętą do przewartościowania całego swojego życia i wyznawanej dotąd hierarchii wartości. Dochodzi do tego na skutek dezaktualizacji dotychczas wyznawanych wartości, które często w obliczu cierpienia wydają się złudne, nietrwałe i kruche. Przeżywanie tego swoistego zagubienia daje ponadto szanse zwrócenia się ku wartościom duchowym, religijnym czy etycznym.

Znalezienie odpowiedzi na pytanie o sens cierpienia było i jest podejmowane przez ludzi wielu dziedzin nauki. Jest ono źródłem zainteresowania psychologów, filozofów oraz lekarzy. Pisali o nim m.in. Seneka, Bergson, Schopenhauer, Tatarkiewicz, Tischner, Szczepański, Frankl⁸. Z teologiczną refleksją nad rozległą panoramą bólu przychodzi do nas także Jan Paweł II⁹: mówiąc o cierpieniu, określa go mianem „szczególnie nieprzeniknionej tajemnicy, przez której mroki niezwykle trudno jest przejść człowiekowi samotnie”¹⁰.

„Cierpienie – zaznacza Ojciec Święty – jest czymś bardziej podstawowym od choroby i głęboko osadzonym w świadomości całego społeczeństwa. Dotyka ono bowiem całej struktury materialno-duchowej człowieka”¹¹. „Rozpatrywane samo w sobie tworzy ponadto swoisty świat, który bytuje wraz z człowiekiem, i który zawiera w sobie jakieś szczególne wezwanie do wspólnoty i solidarności, pytając jednocześnie natarczywie o sens cierpienia”¹².

Czytając dokumenty i słuchając przemówień Ojca Świętego, odnajdujemy wiele refleksji nad cierpieniem, a słowa takie, jak: krzyż, ból, cierpienie, choroby współuczestnictwo, miłość, ofiara znajdują w nich stałe swoje miejsce, nadające temu pontyfikatowi wyjątkowy, bardzo swoisty charakter. I choć możemy się jedynie zastanawiać, skąd bierze się ta wielka troska papieża o człowieka cierpiącego, jest rzeczą oczywistą, że nie jesteśmy w stanie tego wyjaśnić. Wypływa ona bowiem z bardzo osobistego doświadczenia papieża. Papieża, w którego życie cierpienie zostało wpisane. W rozmowie z A. Frossardem, mówiąc o swoim życiu, papież wspomina, iż choroba i cierpienie mocno zaważyły na

⁷ Zob. J. Tarnawa, *Cierpienie, umieranie, nadzieja*, Kraków 2002, s. 89.

⁸ Zob. T. Gadacz, *op. cit.*

⁹ M.in. w: Jan Paweł II, *Encyklika „Sollicitudo rei socialis”*, (30 grudnia 1987), nr 6.

¹⁰ Jan Paweł II, *Trzy wymiary piękna. Wizyta w Szpitalu Pediatrycznym w Olsztynie 6 czerwca 1991 r.*, „L’Osservatore Romano”, wyd. pol., 1991, nr 5, s. 56.

¹¹ List apostolski Jana Pawła II, *Salvifici doloris*, Rzym 1984.

¹² J. Tarnawa, *Katecheza o cierpieniu, op. cit.*

jego życiu: „Moje lata dziecięce i chłopięce zostały wnet naznaczone utratą osób najbliższych. Naprzód matki, która nie doczekała dnia mojej pierwszej Komunii świętej (zmarła, kiedy Karol miał ma zaledwie 9 lat). (...) Siostry, która urodziła się na parę lat przed moim przyjściem na świat, nie znałem, zmarła bowiem wkrótce po urodzeniu (...). Mój brat Edmund zmarł u progu dojrzałości zawodowej, zaraziwszy się jako młody lekarz ostrym wypadkiem szkarlatyny (...). Są to wydarzenia, które głęboko wryły się w mojej pamięci – śmierć brata chyba nawet bardziej niż matki, zarówno na szczególne okoliczności, rzec można tragiczne, jak też i z uwagi na moją większą już wówczas dojrzałość. Liczyłem w chwili jego śmierci dwanaście lat”¹³.

Do osobistych doświadczeń, które odcisnęły piętno na w Jego życiu, dodaje Ojciec Święty ponadto doświadczenia wojny i cierpienie całego narodu. Nie można też pominąć osobistego doświadczenia, które stało się Jego udziałem 13 maja 1981 roku. Będące konsekwencją zamachu cierpienie wycisnęło trwałe piętno na Jego osobowości i w decydującej mierze zaważyło na Jego pontyfikacie. Sam Ojciec Święty mówi, „że w swoim cierpieniu doznał wymiaru Boskiego doświadczenia, nazwanego szczególną łaską, która dała mu nową moc do służby Kościołowi oraz pozwoliła zrozumieć znaczenie międzyludzkiej solidarności”¹⁴.

Żaden z papieży nie związał swojego nauczania z cierpieniem tak mocno, jak uczynił to Jan Paweł II. Szczególne miejsce w Jego nauce, modlitwie i życiu zajmują osoby chore, w których życie cierpienie fizyczne jest wpisane. Pozostaje on wciąż w każdym miejscu i czasie w bliskim kontakcie z nimi, jak również z pracownikami służby zdrowia i wolontariuszami. O szczególnej roli, jaką zajmują oni w nauczaniu Jana Pawła II, świadczą nieustannie kierowane do nich słowa: „Specjalne słowo, jak zawsze, rezerwuję dla chorych, których serdecznie pozdrawiam. Najmilsi, zapewniam was o mojej stałej pamięci przed Panem”. „Wam, chorzy, którzy jesteście bliscy memu sercu (...)”. „Czyniąc się bliskim każdemu z Was, wzruszony zginam kolana przed waszymi cierpieniami i proszę dobrego Pana o wszelką pociechę dla Was”¹⁵. Takich przykładów słów kierowanych tylko do chorych znajdujemy w wypowiedziach Ojca Świętego wiele.

Sam Ojciec Święty wielokrotnie powtarzał: „Pragnę oprzeć moje papiejskie posłannictwo na tych, którzy cierpią”¹⁶. „(...) Bardzo pragnę (...) jedności z cierpiącymi, ona jest moją siłą, ponieważ moją siłą jest krzyż Chrystusa, a krzyż Chrystusa jest obecny w Waszym Cierpieniu”¹⁷.

¹³ *Ibidem*, s. 16.

¹⁴ *Ibidem*, s. 17

¹⁵ Zob. J. Tarnawa, *Cierpienie...*, *op. cit.*, s. 49.

¹⁶ Jan Paweł II, *Anioł Pański z papieżem, Teraz raduję się w cierpieniach za was*, „L'Osservatore Romano”, wyd. pol., 1981, nr 5, s. 9.

¹⁷ Idem, *O cierpieniu, Wypowiedzi Ojca Świętego do chorych i pracowników służby zdrowia (1978–1982)*, Warszawa 1985, s. 235.

Podstawą tych wszystkich rozważań o cierpieniu ludzkim stała się dla Ojca Świętego chrześcijańska antropologia¹⁸, która mówi, że człowiek pochodzi od Boga i że stworzony został na Jego obraz i podobieństwo.

Człowiek ów, złożony z duszy i ciała, dzięki swej podwójnej naturze należy zarówno do świata zwierzęcego, jak i duchowego. Owa złożoność czyni go ponadto osobą, która posiada swą godność. A godność ta jest wartością niezniszczalną, właściwą każdej ludzkiej istocie, która swe źródło wywodzi z jedyności i niepowtarzalności każdej ludzkiej osoby. Tę osobistą godność uważa Jan Paweł II za najcenniejsze dobro człowieka, ona to sprawia, że człowiek swą wartością przewyższa cały świat materialny¹⁹.

Człowiek jest czymś więcej niż tylko częścią przyrody czy anonimowym elementem ludzkiej społeczności. Jest w nim coś, co różni go od świata zwierząt, co pozwala mu na tworzenie złożonej i bogatej w różnorodność kultury, co pozwala otwierać się na wartości wyższe, duchowe. Człowiek posiada zdolność przekraczania niejako samego siebie²⁰.

Swe rozważania nad bólem i cierpieniem Jan Paweł II wyprowadza z refleksji nad ludzką naturą i jej wewnętrzną tajemnicą. Odwołując się wciąż do godności ludzkiej jako jednej z podstawowych wartości, papież podkreśla, że cierpienie ludzkie nie ogranicza się jedynie do wymiaru fizycznego bólu, ma ono różne wymiary, człowiek cierpi na różne sposoby, które nie zawsze podlegają medycynie.

W encyklice *Sollicitudo rei socialis* Ojciec Święty zwraca uwagę na te elementy, które stanowią szczególne zagrożenie dla egzystencji człowieka. Zalicza do nich rosnącą przepaść między krajami biednymi i bogatymi, kryzys mieszkaniowy, bezrobocie, naruszanie norm etycznych i moralnych, zacofanie w dziedzinie gospodarki, kultury i opieki zdrowotnej. Zwraca też uwagę na zagrożenia, jakie niesie ze sobą broń atomowa.

„Tak widziany świat współczesny, łącznie ze światem ekonomii – pisze Jan Paweł II w cytowanej encyklice – zamiast troszczyć się o prawdziwy rozwój, wiodący wszystkich ku życiu bardziej ludzkiemu – jak pragnął tego Paweł VI w encyklice *Populorum progressio* – zdaje się prowadzić nas wszystkich do śmierci²¹.

Ale nauka Jana Pawła II o cierpieniu i bólu nie ogranicza się jedynie do wymienienia jego wielorakich form czy samego opisu zjawiska, z którym przyszło się zmierzyć współczesnemu człowiekowi. Swej refleksji poddaje on zarówno samego człowieka, jak i świat, w którym żyje. W swych rozważaniach dąży do udzielenia odpowiedzi na pytania o sens i znaczenie cierpienia. I choć owego

¹⁸ Zob. J. Tarnawa, *Cierpienie...*, *op. cit.*, s. 19.

¹⁹ „Anioł Pański”: *W obronie godności osoby (Watykan 31.10.1993)*, w: „Anioł Pański” z papieżem Janem Pawłem II, t. V, s. 267–268.

²⁰ Por. *Ibidem*, s. 18; oraz: J. Tarnawa, *Katecheza...*, *op. cit.*, s. 52.

²¹ Zob. J. Tarnawa, *Cierpienie...*, *op. cit.*, s. 15.

sensu i znaczenia szuka on na płaszczyźnie ludzkiej, jego wyjaśnienia odwołują się do życia nadprzyrodzonego i są zakorzenione w świecie religii.

Traktując godność osoby ludzkiej jako jedną z najwyższych wartości, Jan Paweł II zwraca uwagę na kryzys moralny, który stał się udziałem współczesnego świata. Przyczyn tego kryzysu upatruje w samotności, cierpieniu, braku perspektyw ekonomicznych, depresji i lęku o przyszłość oraz w innych kryzysach, które występują na płaszczyźnie kulturowej, społecznej i politycznej.

Z jednej strony żyjemy w epoce humanizmu, gdzie o człowieku powiedziano prawie wszystko i wywalczono dla niego więcej praw niż kiedykolwiek, ale z drugiej strony jeszcze nigdy w historii godność człowieka nie została tak poniżona. Jest to okres niepokoju człowieka o jego przeznaczenie i tożsamość. „W takim też klimacie – stwierdza Papież – ludzkie cierpienie pozbawione zostaje jakiegokolwiek znaczenia, zamiast stawać się bodźcem do osobowego wzrostu, zostaje postrzegane jako bezużyteczne, a nawet zwalczane jako zło, którego należy zawsze unikać”²².

„To pozbawione godności ludzkiej podchodzenie do drugiego człowieka dotyczy w szczególności osób chorych, starszych, upośledzonych. W ten sposób – mówi Jan Paweł II – dehumanizuje się stosunki między ludźmi, zubaża rodzinę i społeczeństwo”²³.

Nieustannie odwołując się do chrześcijańskiej antropologii, Ojciec Święty wyraża głębokie przekonanie, iż choroba i cierpienie spełniają w życiu chorego doniosłą rolę. To one niejako zmuszają cierpiącego do poszukiwania głębszego znaczenia i nowego wymiaru własnego istnienia²⁴.

Odnosząc je jedynie do świata doczesnego, człowiek nie jest w stanie wszystkiego wyjaśnić, to kieruje jego myśli ku światu wartości wyższych, ku światu religii, stając się jednocześnie motywem pogłębiania duchowego wymiaru swej egzystencji i otwierania się na wartości transcendentalne. Papież wyraża przy tym przekonanie, że to otwieranie się na świat wartości transcendentalnych sprzyja także głębokiej refleksji oraz ocenie własnego życia.

Papież wielokrotnie w swym nauczaniu podkreślał, że ludzki rozwój nie zachodzi jedynie w dziedzinie kultury, w świecie nauki i techniki. Najważniejsza część tego, co najbardziej specyficzne dla człowieka, rozwija się w jego wnętrzu. Ostatecznie tylko wewnątrz człowieka może nadać prawdziwy sens byciu i działaniu człowieka. „W tym podwójnym, horyzontalnym i wertykalnym procesie rozwoju człowiek realizuje się jako istota duchowa”²⁵.

²² J. Tarnawa, *Katecheza...*, *op. cit.*, s. 55.

²³ *Ibidem*, s. 67.

²⁴ Zob. Jan Paweł II, *Orędzie na Światowy Dzień Chorego* (1994), w: *Orędzia Ojca Świętego Jana Pawła II*, t. II, s. 416–420.

²⁵ J. Tarnawa, *Katecheza...*, *op. cit.*, s. 136.

Poprzez cierpienie człowiek zostaje ponadto niejako skazany na to, aby wciąż przerastał samego siebie. Patrząc z tej perspektywy na ludzkie cierpienie, Ojciec Święty mówi, że jest ono „sztuką duchowego hartowania się człowieka, kształtowania jego mocy w słabości”²⁶.

Cierpienie ma ponadto także aspekt wychowawczy. Jan Paweł II wyraża przekonanie, że żadna szkoła, książka czy wykład nigdy nie są w stanie zastąpić doświadczenia, jakie człowiek może zdobyć, cierpiąc. Cierpienie zmusza człowieka do kształtowania takich cech, jak wytrwałość, pokora, cierpliwość, uczy ponadto opanowania. Wspomniana wytrwałość owocuje z czasem cichą nadzieją, która podtrzymuje przekonanie, że słabość człowieka nie pokona. Ponadto ten wychowawczy aspekt cierpienia nie dotyczy jedynie osoby cierpiącej, lecz także całego jej otoczenia. Cierpiący uświadamiają niejednokrotnie swojemu otoczeniu, iż to, co najcenniejsze w życiu, to niekoniecznie zdrowie, siły czy dobro materialne, ale to przede wszystkim wewnątrz człowieka i jego wewnętrzne przekonania²⁷. Uczą się oni także, że ten okres wcale nie umniejsza ludzkiej godności, a wręcz przeciwnie może on być twórczy. Cierpienie przyspiesza także proces duchowego dojrzewania.

Charakterystyczną właściwością katechezy Jana Pawła II o ludzkim cierpieniu i umieraniu jest jej ogólnoludzki zasięg. Swych rozważań nie kieruje wyłącznie do środowisk dotkniętych cierpieniem czy osób w nich uczestniczących. W swych wypowiedziach i dokumentach nie zwraca się on także tylko do środowisk religijnych. Jan Paweł II szczególnie podkreśla, że jest to problem dotyczący wszystkich ludzi i dlatego też stanowi on wyzwanie dla wszystkich, aby w miarę swoich możliwości uczestniczyli w jego pomniejszaniu. W swych rozważaniach Ojciec Święty zwraca też uwagę na rolę, jaką odgrywają media w kwestii ukazywania społecznego wymiaru ludzkiego cierpienia. Mogą one przysłużyć się do kształtowania sądów opinii publicznej w tak ważnej dla ludzkości sprawie²⁸. Dzięki ich potężnemu zasięgowi łatwiej jest dotrzeć nie tylko do ludzkich sumień, ale również do środowisk politycznych, naukowców, a także różnych instytucji, organizacji i stowarzyszeń, które są odpowiedzialne za życie społeczne i kulturalne.

Nauczanie Jana Pawła II o cierpieniu kierowane jest do całej ludzkości. W kwestii przeciwdziałania temu problemowi, który godzi w podstawowe wartości, jakimi są zdrowie i życie, Ojciec Święty domaga się odpowiednich działań, zarządzeń i ustaw, wychodzących naprzeciw ludzkim potrzebom²⁹.

²⁶ *Ibidem*, s. 142.

²⁷ *Ibidem*, s. 142–147.

²⁸ Zob. J. Tarnawa, *Cierpienie...*, *op. cit.*, s. 15.

²⁹ *Idem*, *Katecheza...*, *op. cit.*, s. 215.

Omawiając temat cierpienia, Jan Paweł II zwraca uwagę na jeszcze jeden fakt, a mianowicie współuczestnictwa w cierpieniu osób najbliższych. Chory, cierpiący jak nikt inny, potrzebuje obecności drugiego człowieka. W dobie rozwoju medycyny, kiedy nowoczesne technologie doskonale kontrolują i nadzorują stan zdrowia pacjenta, nie możemy zapomnieć o człowieku. Te wszystkie osiągnięcia techniczne powinny jedynie służyć człowiekowi. Sam człowiek potrzebuje natomiast drugiej osoby, której żadna maszyna nie jest w stanie zastąpić. Człowiek oczekuje ludzkiego serca, współczucia i ludzkiej solidarności.

Cierpienie, jakiego doświadcza człowiek niezależnie od wymiaru i jego charakteru, jest dla niego trudną konfrontacją z jego ideałami, przekonaniami i hierarchią wartości. I dlatego też bez odniesienia go do wartości nadprzyrodzonych wytłumaczenie, pogodzenie się z nim i zrozumienie jego sensu staje się wręcz niemożliwe. Ojciec Święty uważa, że pełne wyjaśnienie sensu ludzkiego cierpienia jest możliwe dopiero przez odwołanie się do świata religii. Jest możliwe przez zawierzenie Chrystusowi i uczestniczenie w jego odkupieńczym cierpieniu. Ojciec Święty wyjaśnia, że tylko ta, wyrażona w zbawczym działaniu Jezusa miłość Boga do ludzi jest w stanie nadać ludzkiemu cierpieniu nowy wymiar. Jest to wymiar odkupienia, który najlepiej tłumaczy sens ludzkiego cierpienia, gdyż dotyka go w jego znaczeniu podstawowym i ostatecznym³⁰.

³⁰ *Ibidem*, s. 137.

Anna Wyszyńska

Ratowanie zbawczych mocy cierpienia misją Rodziny Matki Bożej Bolesnej

Rodzina Matki Bożej Bolesnej jest dominikańską, modlitewno-apostolską wspólnotą osób chorych, niepełnosprawnych fizycznie, a także zdrowych.

Założycielkami wspólnoty były dr Halina Kalwaryjska i Izabela Sokolnicka (przewlekle chora i niepełnosprawna ruchowo), osoby o niezwyklej szlachetności i wrażliwości na los ludzi cierpiących. Halina Kalwaryjska całe swoje życie poświęciła pracy dla chorych, wśród chorych i z chorymi. Na początku lat pięćdziesiątych XX wieku pracowała w Klinice Ortopedycznej w Poznaniu. Tam napotkała osoby, które ze względu na stan zdrowia nie mogły zrealizować powołania do życia konsekrowanego. Zapragnęła utworzyć taką wspólnotę zakonną, w której warunki życia byłyby dostosowane do możliwości osób niepełnosprawnych.

Psycholog w owych czasach nie miał zbyt wielkiego autorytetu, więc aby go zyskać w oczach władz kościelnych, postanowiła skończyć studia medyczne. W swojej pracy z inwalidami odczuwała nieraz bezsensowność wszelkich wysiłków i zupełną bezradność wobec tragicznego stanu psychicznego i duchowego niektórych osób niepełnosprawnych, pogrążonych w rozpacz, niedostrzegających żadnego sensu swego cierpienia i życia. Zrozumiała, że jedynie łaska Boża może wydobyć człowieka z dna jego zniechęcenia, buntu i desperacji, a tę łaskę wypraszać mogą i powinni przede wszystkim ci, którzy zetknąwszy się osobiście z cierpieniem, odnaleźli już jego sens.

Obie założycielki doszły do wniosku, że misją zamierzonej wspólnoty ma być wyjednywanie u Boga tej łaski, by ludzie nie marnowali cierpienia, lecz przeżywali je z pożytkiem dla siebie, bliźnich, Kościoła i świata.

Od 1957 roku wspólnota istniała jako grupa nieformalna pod duchową opieką dominikanów, w 1987 została włączona jako bractwo do polskiej prowincji dominikanów.

Nazwa „Rodzina Matki Bożej Bolesnej” podkreśla udział Maryi w Tajemnicy Krzyża. „Chrystus przed swoją śmiercią powierza Maryi (...) nowy rodzaj macierzyństwa – duchowego i powszechnego – wobec wszystkich ludzi tak, by

każdy w swym pielgrzymowaniu wiary mógł razem z Maryją trwać w ścisłym zjednoczeniu z Nim aż po Krzyż, i by każde cierpienie, odrodzone mocą tego Krzyża, stawało się w słabości człowieka prawdziwą mocą Bożą” (*Salvifici doloris* – SD p. 26).

Matka Bolesna jest najdoskonalszym wzorem współcierpienia z Chrystusem i trwania przy cierpiących. Ona „najgłębiej ze swym Jednorodzoną współcierpiała i z ofiarą Jego złączyła się matczynym duchem” (*Konstytucja dogmatyczna o Kościele* – KK p. 58).

Wraz z Matką Bolesną – jako Jej Rodzina – chcemy dawać świadectwo zawierzenia niepojętej miłości Boga, współcierpieć z Jej Synem i ludźmi i wraz z Nią ofiarować wszystkie cierpienia Ojcu Niebieskiemu za zbawienie świata.

Matka Bolesna jest Matką i Patronką naszej Rodziny. Pod Jej macierzyńską opieką pragniemy wypełniać nasze powołanie: przyczyniać się do tego, „by każde cierpienie (...) stawało się w słabości człowieka prawdziwą mocą Bożą”.

Rodzina Matki Bożej Bolesnej stara się zgłębiać i przeżywać Tajemnicę Krzyża jako Tajemnicę Miłości: „Tak bowiem Bóg umiłował świat, że Syna swego Jednorodzonego dał...” (J 3,16). Św. Paweł Apostoł pisze, że Syn Boży „umiłował mnie i samego siebie wydał za mnie” (Gal 2,20). Sobór Watykański II mówi o Krzyżu Chrystusa jako znaku „zwróconej ku wszystkim miłości Boga” (*Deklaracja o stosunku Kościoła do religii niechrześcijańskich* – DRN p. 4). Jan Paweł II często wspominał o Krzyżu jako znaku miłości Boga do ludzi.

Tajemnica Krzyża trwa i dokonuje się nadal w Kościele – Mistycznym Ciele Chrystusa: niejednokrotnie mówi o tym św. Paweł Apostoł: „Nosimy nieustannie w ciele naszym konanie Jezusa” (2 Kor 4,10); „Obfitują w nas cierpienia Chrystusa” (2 Kor 1,5).

Rodzina Matki Bożej Bolesnej szczególnie podkreśla – idąc za nauką św. Pawła – współdziałanie człowieka w zbawczym dziele Chrystusa: „W swoim ciele dopełniam braki udręk Chrystusa dla dobra Jego Ciała, którym jest Kościół” (Kol 1, 24).

Chrystus „w ciele swoim, to znaczy w Kościele, ustawicznie rozdziela dary posługiwania, przez które Jego mocą świadczymy sobie wzajemnie posługi ku zbawieniu...” (KK p. 7). Tym „darem posługiwania” przydzielonym Rodzinie – czyli jej misją – jest przyczynianie się, by Tajemnica Krzyża była jak najszerzej przyjmowana i głęboko przeżywana w Kościele, zwłaszcza wśród ludzi spotykających się z cierpieniem. Krótko można powiedzieć, że powołaniem Rodziny MBB jest ratowanie zbawczych mocy cierpienia.

Zasadnicza funkcja Rodziny MBB w Kościele jest wstawiennicza: wyjednawanie łaski dobrego przeżycia cierpienia dla wszystkich, którzy cierpią, a szczególnie dla tych, którzy nie pojmują sensu cierpienia, dla marnujących cierpienie. W oparciu o tę łaskę Rodzina podejmuje różne działania, które mo-

gą przyczyniać się do realizowania głównej jej misji. Stara się być zawsze otwarta na wszelkie pojawiające się możliwości oddziaływania wśród cierpiących ludzi i ich otoczenia oraz na to, aby przystosowywać się do indywidualnych ograniczeń i możliwości członków Rodziny.

Trzeba wciąż wyraźnie podkreślać i wyjaśniać, że zadaniem Rodziny MBB nie jest działalność charytatywna. Członek Rodziny MBB – jak każdy chrześcijanin – ma oczywiście według własnych możliwości służyć bliźniemu zwykłą, braterską pomocą, ale nie jest to celem istnienia RMBB. Niesienie pomocy ludziom jest też zadaniem Rodziny, jednakże chodzi tu o głębszą warstwę ich cierpienia: o ukazywanie jego sensu przez włączanie w zbawcze dzieło Chrystusa. W Rodzinie zadaniem zdrowych członków nie jest opieka nad chorymi, ale współdziałanie nimi w apostołstwie. Odnajdą swoje miejsce w naszej Wspólnocie osoby każdego zawodu, ale nastawione apostołsko, a nie opiekuńczo-charytatywnie. Nasze powołanie jest trudne i wymaga pewnego stopnia dojrzałości już na początku drogi. Dlatego tylko zupełnie wyjątkowo mogą je przyjąć osoby bardzo młode.

Właściwe rozumienie celu i charyzmatu Rodziny MBB w Kościele jest trudne i wymaga żywej, głębokiej wiary w prawdę Odkupienia i w zbawczy sens ludzkiego cierpienia, a także silnego przekonania o potrzebie i skuteczności modlitwy wstawienniczej.

Innym ważnym w Kościele zadaniem Rodziny MBB jest umożliwienie realizacji powołań do życia konsekrowanego osób niepełnosprawnych fizycznie i chorych.

Brak zdrowia fizycznego lub kalectwo często jest jedyną przeszkodą w przyjęciu wyraźnego powołania zakonnego. Dla takich osób niemożność realizowania swego powołania jest prawdziwą udręką duchową. Pragnieniem RMBB jest wypracowanie nowej formy życia konsekrowanego, która by umożliwiała tym osobom wypełnianie ich powołania. Łączy się to z podstawowym charyzmatem RMBB: ukazywaniem twórczego przeżywania własnego cierpienia i jego zbawczej mocy w Chrystusie.

W kolejnych latach istnienia RMBB Opatrzność kierowała do naszej Wspólnoty osoby w bardzo różnym wieku i stanie zdrowia, zróżnicowanym wykształceniu i zawodzie; kobiety i mężczyźni stanu wolnego i żyjących w małżeństwie, księżki i zakonnice.

Mamy też w Rodzinie chorych nieopuszczających łóżka, kilka osób na wózkach inwalidzkich, osoby z większym lub mniejszym trudem chodzące o laskach i kulach. Mamy chorych na gościac zniekształcający, sparaliżowanych po chorobie Heinego-Medina i po mózgowym porażeniu dziecięcym, chorych na stwardnienie rozsiane, na cukrzycę, astmę, choroby krwi, osoby ze schorzeniami przewodu pokarmowego, serca, po zawale, po przebytej gruźlicy, niewidzą-

ce, niedosłyszające. (Trzeba tu zaznaczyć, że nie przyjmujemy do naszej Rodziny osób niedorozwiniętych umysłowo ani chorych psychicznie).

Nasi najmłodsi kandydaci mają lat dwadzieścia, a najstarsi członkowie powyżej dziewięćdziesięciu. Mamy osoby z dwoma fakultetami i tytułami naukowymi oraz takie, które nie miały możliwości ukończyć szkoły podstawowej. Są wśród nas lekarze i psycholodzy, redaktorzy czasopism katolickich, pracownicy naukowcy, informatycy, finansiści, nauczycielki, bibliotekarze, pielęgniarki i technicy medyczni oraz zakonnice. Mamy osoby pracujące i studiujące zaocznie, rencistów i emerytów. Duchowni, należący do naszej wspólnoty to w większości zakonnicy: dominikanie, karmelita bosy, pasjonista, ale i ksiądz diecezjalny.

Niekiedy zaprzyjaźnione zgromadzenia zakonne kierują do nas osoby, które ze względu na stan zdrowia nie zostały przyjęte, względnie musiały odejść z postulatu, nowicjatu lub junioratu, gdyż w tym czasie zachorowały.

Wielkie zróżnicowanie aspiracji duchowych, stanu zdrowia, stanu cywilnego i zaangażowania zawodowego wymagało takiego ustawienia form życia wspólnotowego, aby każdy mógł znaleźć swe miejsce, dostosowane do jego potrzeb i możliwości.

Osoby, które pragną całkowicie oddać się Bogu w naszej wspólnocie i które uważają posłannictwo Rodziny Matki Bożej Bolesnej za swoje główne powołanie życiowe, po kilkuletniej formacji mają możliwość składania prywatnych ślubów czystości i wierności misji Rodziny. Tworzą one tzw. I krąg. Być może, że w przyszłości – jeśli znajdzie się odpowiednia liczba zdrowych powołań – część z nich utworzy zgromadzenie zakonne, o czym niektórzy marzą.

Osoby, dla których powołanie do Rodziny MBB jest czymś bardzo ważnym, ale nie pierwszoplanowym (np. małżonkowie, osoby zakonne, ludzie bardzo mocno zaangażowani w pracę naukową, społeczną itd.) tworzą tzw. II krąg. Osoby te wiążą się ze Wspólnotą przez składane co roku deklaracje. W czasie Mszy św. wspólnotowej oświadczają, że chcą przyczynić się do tego, aby ludzie nie marnowali cierpienia i dążyć do realizowania Ewangelii w swym życiu w duchu RMBB.

Nie wszyscy jednak członkowie Rodziny MBB mogą i chcą podejmować takie powinności, jak udział w spotkaniach i rekolekcjach, codzienne rozważanie ustalonych tekstów itd., ale chcą należeć do tej Wspólnoty, uznając ważność jej misji. Biorą oni dorywczy udział w jej życiu i służą pomocą według swych możliwości i kompetencji. Należą oni do tzw. III kręgu RMBB.

Do Rodziny MBB należy jeszcze krąg IV – korespondencyjny; stanowią go osoby, które podejmują misję Wspólnoty, łącząc się z nią duchowo (modlitwą, ofiarą własnych cierpień). Składają one pisemną deklarację duchowego włączenia się w Rodzinę. Korespondencyjnie zapoznają się z jej misją, częś-

ciowo duchowością i życiem Rodziny. Osoby z tego kręgu nie mogą uczestniczyć w spotkaniach i rekolekcjach najczęściej z powodu fizycznego stanu zdrowia. Przeważnie nie znamy ich osobiście, mieszkają oni rozproszeni w różnych miejscowościach na terenie całego kraju.

Wszyscy członkowie naszej Wspólnoty pozostają nadal w swoich środowiskach i korzystają z dotychczasowych źródeł utrzymania, czy to w domu, czy w zakładzie opiekuńczym.

Czy przy takim rozproszeniu można mówić o wspólnocie? Wieloletnie doświadczenie wykazało, że tak: Rodzina MBB jest wspólnotą duchową, łączy nas przede wszystkim wspólny cel i poczucie odpowiedzialności za realizowanie posłannictwa Rodziny, za wyznaczony nam przez Opatrzność wycinek w Bożym planie zbawienia. Łączą nas podejmowane wspólnie działania apostołskie, codzienna modlitwa, wyrażająca naszą misję, a także czytanie rozważań wyznaczonych na dany dzień miesiąca, formujących nas w tym samym duchu.

Rozważania te zwane są przez nas „Wskazaniami”. Są one oparte na Piśmie św. i na nauce Kościoła (zawierają cytaty z dokumentów Soboru Watykańskiego II i wypowiedzi Jana Pawła II), wynikają też z zasad Apostolstwa Chorych oraz wieloletnich doświadczeń osób przewlekle chorych i ich przyjaciół. Wskazują one zasadnicze punkty, na których należy koncentrować się w samodzielnej pracy nad pogłębianiem życia wewnętrznego.

„Wskazania” są przeniknięte duchem Soboru Watykańskiego II, który akcentuje mocno powrót do źródeł, do samych podstaw życia chrześcijańskiego. Opracowanie to kładzie nacisk na rozwijanie własnego życia duchowego, przykazanie miłości Boga i bliźniego oraz chrześcijańskie przeżywanie cierpienia. Fundamentem życia duchowego jest Eucharystia, Pismo Święte i modlitwa.

Eucharystia jest „źródłem a zarazem szczytem życia chrześcijańskiego” (KK p. 11) dla poszczególnych osób, jak i dla każdej wspólnoty w Kościele.

W Rodzinie MBB Eucharystia łączy się z Tajemnicą Krzyża „W tym Sakramencie bowiem odnawia się stale z woli Chrystusa tajemnica tej ofiary, którą On z Siebie samego złożył Ojcu na ołtarzu krzyża” (*Redemptor Hominis* p. 20). Jest też bezpośrednio związana z wypełnianiem naszego powołania. W Eucharystii dokonuje się tajemnica sakramentalnego włączenia ludzkich cierpień w Ofiarę Chrystusa, gdyż „wierni, uczestnicząc w Ofierze Eucharystycznej (...) składają Bogu żertwę Ofiarną, a wraz z nią samych siebie” (KK p. 11).

W Rodzinie staramy się pogłębiać przede wszystkim pobożność eucharystyczną, pojętą jako uczestniczenie we Mszy św. możliwie codziennie, z przyjęciem Komunii św. w sposób rzeczywisty lub duchowy. W ten sposób ci, którym warunki fizyczne uniemożliwiają udział w liturgii, mogą owocnie uczestniczyć w Eucharystii.

Pismo Święte jest źródłem poznania Boga i Jego woli względem nas – „Sobór święty usilnie i szczególnie upomina wszystkich, by przez częste czytanie Pisma św. nabywali wzniosłego poznania Jezusa Chrystusa” (*Konstytucja dogmatyczna o Objawieniu Bożym* – KO p. 25). Jest przede wszystkim księgą, w której spotykamy się z Bogiem. Ważne jest to szczególnie dla tych, którzy nie mogą brać udziału w liturgii w kościele.

W Rodzinie MBB podkreśla się konieczność wyrabiania ducha modlitwy, czyli takiego nastawienia na łączność z Bogiem, by całe życie stawało się modlitwą: „Czuwajcie nieustannie i módlcie się” (Kor 21,36), „Czy więc jecie, czy pijecie, czy cokolwiek innego czynicie, wszystko czyńcie na chwałę Bożą” (Kor 10,31). Sobór Watykański II zaznacza, że: „sprawy świeckie nie powinny pozostawać poza sferą życia duchowego” (*Dekret o Apostolstwie Świeckich* – DA p. 4).

Każdy, kto należy do Rodziny, powinien znaleźć taką formę modlitwy, która najbardziej pomaga mu w bezpośrednim obcowaniu z Bogiem. Jest zobowiązany do modlitwy za chorych i cierpiących (można wybrać jedną z kilku formuł modlitewnych). Poza tym nie wymaga się w Rodzinie szczególnych nabożeństw ani tekstów do codziennego odmawiania. Staramy się zawsze – tak w modlitwie wspólnej, jak i indywidualnej – unikać wszelkiego schematyzmu i formalizmu.

Następne rozdziały „Ewangelii w życiu” omawiają wypełnianie „największego przykazania”: przykazania miłości Boga i bliźniego. Przykazanie to realizujemy we wszystkich okolicznościach życia: pełniąc wolę Bożą i służąc bliźniemu. Wymaga to stałej pracy nad sobą. Aby coraz lepiej służyć Bogu i ludziom, trzeba pozbywać się wad, rozwijać zalety i wyrzekać się siebie. W Rodzinie MBB podkreśla się bardzo mocno, że stała praca nad sobą jest konieczna i że ma zawsze być podporządkowana wypełnianiu przykazania miłości. Dotyczy to również cierpień i trudności: są one dla nas umartwieniem, ale przede wszystkim traktujemy je jako naszą służbę w Kościele – Mistycznym Ciele Chrystusa, przeżywając własne cierpienia w duchu apostoelskim.

Chrystus swoim życiem na ziemi uczy ludzi postawy otwartej, która cechuje też Maryję i współczesne posoborowe życie Kościoła. Taka postawa: otwarcie serca i umysłu na Boga i Jego żądania, otwarcie na ludzi i ich problemy, sprzyja rozwojowi miłości, a równocześnie chroni przed zasklepieniem się w sobie, zacieśnieniem wokół własnych spraw i przeżyć, co nieraz zagraża osobom chorym i cierpiącym. W takiej otwartej postawie dostrzega się wszystko, co dobre i piękne w stworzeniach Bożych i dziełach ludzkich. Dążymy do rozszerzania zainteresowań, poznawania różnych poglądów, rozumienia różnych sytuacji, z gotowością przystosowania się do nich, bez sztywnego trzymania się schematów i zwyczajów. Postawa otwarta sprzyja pogłębianiu wiedzy religijnej i zaznajamianiu się z bieżącymi zagadnieniami życia Kościoła.

Pełnienie woli Bożej stanowi treść każdego ludzkiego życia. Uczymy się od Chrystusa wypełniania woli Jego Ojca i temu powinniśmy podporządkowywać swoje myśli, słowa, czyny – całe nasze życie. Bóg obdarza nas wtedy wolnością dziecka Bożego, ufnością i radością ewangeliczną. Rodzina MBB jest jednak Rodziną ludzi chorych i niepełnosprawnych i w pełnieniu woli Bożej bierze pod uwagę ich szczególne powołanie dotyczące cierpienia, które realizuje się w zawierzeniu Bogu.

Wolność dziecka Bożego oznacza, że w duchu synowskiej wolności z miłości czynimy to, co się Ojcu podoba (por. J 8,29), w swobodzie ducha i bez obaw (por. Rz 8,15), a nie z przymusu czy biernej rezygnacji. Doświadczenie wewnętrznej wolności ma duże znaczenie w przymusowej sytuacji zewnętrznej (kalectwo, słabość fizyczna własna lub osoby towarzyszącej itp.).

Ufność uwalnia od dręczących obaw przed przyszłością, od lęku, zwątpienia, ogarniającego nas wobec naszych słabości, bezradności. Ufność pokładamy w Bogu, który nas umacnia (por. Flp 4,13) i nie pozwoli, by utrapienia przerastały nasze siły, a dopuszczając trudności, wskaże sposoby ich przezwyciężenia (por. 1 Kor 10,13).

Radość ewangeliczna w naszej Rodzinie ma szczególne znaczenie: świadczy, że miłość jest silniejsza niż wszelka udręka czy ucisk (por. Rz 8,35), że Ewangelia – Dobra Nowina – niesie radość mimo cierpienia i utrudzenia. Radość wypływa z przeżywania wolności dziecka Bożego, które zawierzyło miłującemu Ojcu i w Nim złożyło całą swoją ufność.

Zawierzenie Bogu – Ojcu najlepszemu – umożliwiła pełną, wolną akceptację zamysłów Bożych względem nas. Gdy uwierzymy w „miłość, jaką Bóg ma dla nas” (1 J 4,16), wówczas znosimy wszystko, co nas spotyka, powierzając siebie Bogu, bo „wiemy, komu zawierzaliśmy” (por. 2 Tm 1,12).

Miłość bliźniego wyraża się w bezinteresownym służeniu drugiemu człowiekowi. Miłować na wzór Chrystusa to znaczy coś więcej niż spełniać dobre uczynki względem potrzebujących. Wzajemne miłowanie się uczniów „tak jak On ich umiłował” to stałe nastawienie swojego życia na dobro drugiego. Ku osiągnięciu takiej miłości zdążamy, jednocząc się z Chrystusem tak, byśmy kochali innych Jego miłością. W dążeniu do wypełniania „nowego przykazania” zwracamy w Rodzinie uwagę na sprawy, które mają znaczenie szczególne we wspólnocie złożonej z osób o różnej sprawności fizycznej.

Podkreślamy, że do miłości czynnej jest zdolny każdy: nawet najciężej uszkodzony fizycznie może służyć innym – ważne bowiem jest nie to, co i ile kto robi, lecz wewnętrzne ukierunkowanie ku drugiemu, gotowość służenia, dostrzeżenie i wykorzystywanie swoich możliwości w dawaniu czegoś z siebie innym.

Kładziemy też duży nacisk na to, że członkowie Rodziny w duchu miłości w relacjach chory–zdrowy współdziałają ze sobą w sposób partnerski, na za-

sadzie równości i solidarności – bez podziału na opiekunów i podopiecznych. Zadanie zdrowych członków Rodziny MBB polega na wspieraniu w różny sposób chorych w wypełnianiu ich powołania. „Trudno wyrazić słowami, jak wielkie znaczenie, także w cierpieniu, może mieć jeden człowiek dla drugiego” (Jan Paweł II, Haga, 13.05.85). Ważne jest uświadamianie sobie, że każdy człowiek niesie jakiś swój krzyż i ten fakt łączy nas wszystkich. Unikać trzeba porównywania rodzaju i ciężaru tych krzyży, co jest bezcelowe i utrudnia wzajemne zrozumienie i porozumienie.

Akcentujemy też wagę wyrzeczenia się siebie w miłości bliźniego. W rozwoju miłości główną przeszkodą jest tkwiący w nas egoizm. Dzięki łasce Bożej wyzwalamy się z niego, odrywamy się od ciągłego krążenia wokół samych siebie i własnych problemów, a zwracamy się ku drugim, nastawiając swoje życie na dawanie i na służenie innym.

Chrześcijańskiemu przeżywaniu cierpienia jest poświęcony końcowy rozdział opracowania Ewangelia w życiu. Realizowanie całej Ewangelii we własnym życiu stanowi podstawę kształtowania prawdziwie chrześcijańskiego stosunku do cierpienia oraz apostołskiego jego przeżywania, zarówno przez samych cierpiących, jak i tych, którzy im towarzyszą. Takie przeżywanie cierpienia wyrasta z żywej wiary, w ścisłej łączności z Chrystusem, z umiłowania Boga i ludzi. Dążymy do zjednoczenia z Bogiem i służenia ludziom. Pamiętajmy, że cierpienie samo w sobie jest doznawaniem zła (SD p. 7) i nie należy go szukać ani pragnąć, ani też biernie mu się poddawać, by nie popaść w cierpiętnictwo, całkowicie obce naszej duchowości.

Ponieważ Rodzinę MBB tworzą osoby, dla których szczególnie ważna jest Tajemnica Krzyża, więc również we wcześniejszych rozdziałach „Wskazań” zwracamy uwagę na sprawy łączące się z celem i zadaniami naszej Wspólnoty.

Chrystus powołał nas w sposób szczególny do współpracy w budowaniu Królestwa Bożego, do współudziału w dziele odkupienia. Pragniemy stale, wytrwale dążyć do coraz doskonalszego jednoczenia się z Chrystusem przez realizowanie Ewangelii we własnym życiu zgodnie z duchowością Rodziny MBB. Duchowość ta jest tylko sposobem dążenia do tego, co istotne: do stałego rozwoju duchowego, do zjednoczenia z Bogiem, „do osiągnięcia doskonałego człowieczeństwa (...) na miarę Pełni Chrystusa” (Ef 4,13).

Duchowość Rodziny Matki Bożej Bolesnej charakteryzuje szczególnie wpatrywanie się w Maryję jako najdoskonalszy wzór przeżywania Ewangelii. Członkowie Rodziny chcą jak Maryja obcować na co dzień ze Słowem Bożym w Piśmie św., coraz lepiej je poznawać, w nim szukać Boga i Jego woli. Idąc śladami Maryi, Matki Syna Bożego, pragną każdego dnia przebywać z Jezusem, jednoczyć się z Nim i z ludźmi w Komunii św. (przynajmniej duchowo). Tak

jak Maryja chcą być otwarci na działanie Ducha Świętego i starać się o żywy, osobisty kontakt modlitewny z Bogiem.

Pragną też naśladować Maryję w Jej postawie otwartej na każde Boże żądanie, chcąc z pełną miłością i wolnością akceptować i wiernie pełnić wolę Ojca, w trudnych i niezrozumiałych sytuacjach szukać oparcia w zawierzeniu i ufności Bogu. Dążą do tego, by jak Maryja być wierni swojemu powołaniu, powołaniu osobistemu i wspólnotowemu. Jednak w tej wierności nie mogą być ciaśni, schematyczni, sformalizowani, ale gotowi do pełnej miłości służby bliźniemu. Starają się szukać okazji do miłości czynnej przede wszystkim w powszednich okolicznościach życia, dostrzegać potrzeby i pragnienia osób, z którymi się stykają, dzielić z ludźmi ich troski i radości, pragnąc żyć z nimi w zgodzie.

Osoby należące do Rodziny MBB powinny jak Maryja przyjmować, znosić i ofiarować swoje cierpienia oraz trwać przy tych, którzy cierpią, współcierpieć z nimi, modlić się za nich, ofiarować Bogu ich cierpienia, a tam, gdzie to możliwe, pomagać im w różny sposób.

W Rodzinie nie praktykuje się specjalnego nabożeństwa do Matki Bożej, podkreśla się natomiast – zgodnie z nauką Soboru Watykańskiego II, że „prawdziwa pobożność (...) pochodzi z wiary prawdziwej, która (...) pobudza do synowskiej miłości ku Matce naszej oraz do naśladowania Jej cnót” (KK p. 66).

Pod troskliwym okiem Maryi – Matki Bolesnej, swojej Matki i Patronki – Rodzina uczy się coraz głębszego wnikania w tajemnice Jej ziemskiego życia i pełniejszego przeżywania Dobrej Nowiny.

Patronem Rodziny MBB jest też św. Józef – opiekun św. Rodziny. Jest on dla nas wzorem zawierzenia Bogu i pełnienia woli Bożej w bezwzględnym posłuszeństwie płynącym z głębokiej wiary. Wstawiennictwu św. Józefa powierzamy sprawy bytowe Rodziny, prosząc, aby otaczał nas swą troskliwą opieką, jaką otaczał w czasie swojego ziemskiego życia Maryję i Syna Bożego. Oddajemy mu także ostatnie dni każdego człowieka, chwilę przejścia do pełni życia w Bogu. Pragniemy, aby Jezus wraz z Maryją i św. Józefem (który umierał – mamy prawo tak przypuszczać – w obecności Jezusa) byli obecni przy każdym w ostatnim etapie ziemskiego bytowania. Ten końcowy etap bywa trudny zarówno dla umierającego, jak i dla jego bliskich. Powołaniem Rodziny MBB jest również troska i staranie się, by i te cierpienia były przeżyte w Chrystusie.

Patronką Rodziny MBB jest również bł. Małgorzata z Castello. Żyła w latach 1287–1320. Od urodzenia ułomna (garbata, kulawa, niewidoma), porzucona przez rodziców, usunięta z klasztoru, wskazuje swoim życiem, że ani kalectwo, ani brak akceptacji, ani nawet odrzucenie przez najbliższych i społeczność zakonną nie są przeszkodą na drodze do Boga, pełnego rozwoju duchowego, zwrócenia się ku bliźnim i służenia im. Dominikański kalendarz liturgiczny wymienia bł. Małgorzatę 13 kwietnia.

Działalność apostołska:

- apostołstwo podstawowe, dostępne dla wszystkich członków Wspólnoty;
- modlitwa i ofiara własnych cierpień i trudów w tej intencji, by ludzie nie marnowali cierpienia, lecz owocnie je przeżywali w łączności z Chrystusem;
- świadectwo własnego życia: pożytecznego, radosnego, mimo kalectwa, choroby, trudności życiowych;
- upowszechnianie znajomości chrześcijańskiej nauki o cierpieniu (przez korespondencję i indywidualne rozmowy, udostępnianie książek i nagrań, prelekcje, konferencje, publikacje, audycje radiowe);
- organizowanie rekolekcji dla chorych;
- szerzenie zrozumienia dla potrzeb duchowych ludzi niepełnosprawnych i chorych oraz przyczynianie się do zaspokajania tych potrzeb.

Akcje ogólnopolskie:

- „Dar cierpienia” (odpowiedź na „List chorych do chorych” – 1987 rok);
- apel o modlitwę za Ojczyznę, Kongres Eucharystyczny;
- „Ankieta o życiu religijnym osób chorych i niepełnosprawnych”;
- prace dla synodów lokalnych i II Synodu Plenarnego;
- wieloletnie starania o częstą Komunię św. dla chorych, o szafarzy nadzwyczajnych Komunii św.

Życie wspólnotowe:

- spotkania comiesięczne w Krakowie, Poznaniu, Warszawie, Katowicach;
- Msze św. u chorych;
- rekolekcje;
- budowa Domu bł. Małgorzaty z Castello – małe grupy, dom typu rodzinnego.

Informacje o Wspólnocie w Internecie na stronie:

www.bolesna.op.opoka.org.pl

Kontakt ze Rodziną:

Moderator RMBB: Elżbieta Żołędziowska, 05–200 Wołomin, ul. Chrobrego 8/4;

Asystenci zakonni: o. Walenty Potworowski OP, 61–716 Poznań, ul. Kościuszki 99;

o. Andrzej Ponikowski OP, 00–227 Warszawa, ul. Freta 10;

o. Antoni Wiśniewski OP, 30–227 Kraków, al. Kasztanowa 36;

e-mail: rmbb@op.opoka.org.pl lub elarmbb@wp.pl

Małgorzata Kuleta, Monika Wasilewska

Sens cierpienia, sens życia. Analiza jakościowa indywidualnych doświadczeń

Refleksje nad cierpieniem, podobnie jak jego doświadczanie naznaczone są zawsze rysem subiektywizmu, gdyż nie mogą abstrahować od przyjmowanego ogólnego nastawienia wobec życia i konkretnej sytuacji życiowej osób podejmujących to zagadnienie.

Przyjmując, iż cierpienie ludzkie jest zjawiskiem złożonym i niejednoznacznym, przeżywanym i interpretowanym różnie w zależności od historii osobistych doświadczeń i aktualnie działających uwarunkowań, od struktury psychofizycznej, wpływów społeczno-kulturowych i systemów filozoficzno-religijnych, rezygnujemy z dyskusji nad definicjami cierpienia, systematycznego przedstawienia klasyfikacji jego „rodzajów”, przyczyn czy skutków.

Nie zajmujemy się „teorią cierpienia”, ale sposobami jego doświadczania i rozumienia przez konkretne osoby z perspektywy „wewnętrznego obserwatora”. Tym, co nas interesuje, jest bogactwo indywidualnego świata przeżyć i próba dotarcia do subiektywnych znaczeń nadawanych zdarzeniom, w których odczuwać można zarówno fizyczny, psychiczny, jak też duchowy (moralny) ból. Koncentrujemy się na tym, jakie miejsce w swoim życiu ludzie przyznają cierpieniu w zależności od stanu swego zdrowia psychicznego i fizycznego oraz jakie są konsekwencje określonej postawy wobec cierpienia dla poczucia satysfakcji i sensu własnego życia. Podjęcie tego tematu nie wymaga uzasadnienia – jego ważność i aktualność wiążą się bowiem z naturą analizowanych zjawisk, stanowiących nieodłączny aspekt ludzkiej egzystencji i dotyczy takich atrybutów cierpienia, jak powszechność, wyjątkowość i tajemniczość.

Powszechność cierpienia oznacza, że jest ono czymś nieuchronnym, dostępnym każdemu człowiekowi w każdej niemal chwili, właściwie zawsze. Jak pisał Władysław Tatarkiewicz, „nie ma takiego zdarzenia, na które by ktoś kiedyś nie zareagował cierpieniem czy przeżywając je bezpośrednio, czy wspo-

minając, czy też go oczekując¹. Pamięć, antycypacja, wyobrażenia, zdolność wartościowania, wszystkie te władze umysłu (obok doznań fizycznych) zaangażowane być mogą „w służbę” cierpieniu. Jak to wyraził V. Frankl, „*homo sapiens* to także *homo patiens*”, a nawet więcej: „Cierpienie jest w pewnym sensie nawet czymś najbardziej ludzkim, co w ogóle istnieje²”.

Cierpienie u każdego człowieka wywołuje inne odczucia, myśli i reakcje; może być wyrażane w całkowicie indywidualny sposób. Każdy ma osobistą, wyjątkową, subiektywną wizję własnego cierpienia, a także właściwą sobie „miarę cierpienia”, której nie może przekroczyć, ale która wypełniona jest zawsze (tzw. próg i strop cierpienia³).

To właśnie z ową „wyjątkowością” każdego cierpienia wiąże się problem jego komunikowalności – nieprzekazywalności. „Cierpienie stanowi swego rodzaju wyzwanie dla rozumu – pisze Malicka⁴. – Nie jesteśmy bowiem w stanie wyrazić tego, co nie do zniesienia”. „Język bólu” musi operować wielorakimi środkami wyrazu i – w sytuacji nieadekwatności pojęć abstrakcyjnych myślenia logicznego, dyskursywnego – z konieczności odwoływać się do symboliki gestów, obrazów czy opartych na podobieństwie metafor.

Tajemniczość cierpienia wiąże się z jego dynamiką, z trudnościami (czy wręcz niemożliwością) wyjaśnienia jego przyczyn i przewidzenia skutków. Cierpienie sięga bowiem w głąb egzystencji ludzkiej, ukazując jej „mroczną stronę” – łączy się z lękiem przed śmiercią, oddzielenością, dezintegracją, absurdem. Kojarzone jest z „inwazją zła w intymny świat osoby”, konfrontuje człowieka z „paradoksem własnej mocy i słabości⁵”. Jako takie, cierpienie ma wartość inicjacji – naznacza proces wtajemniczenia (jak na przykład wkroczenie w dorosłość czy w każdy kolejny etap życia, wejście do określonej grupy czy warstwy społecznej), wiążąc się z momentami krytycznym, z tzw. sytuacjami przejścia lub też występując jako sytuacja graniczna. „Dla Jaspersa jest ono zarówno doświadczeniem wspólnym wszystkim pozostałym sytuacjom granicznym, jak i sytuacją graniczną samą w sobie. Jest nią wtedy, gdy ma charakter nieuchronny, gdy nie da się go ominąć, gdy jest czymś ostatecznym⁶”. Graniczność cierpienia wiąże się z tym, co przeżywane jest jako ograniczenie

¹ Cyt za: M. Malicka, *Ja, to znaczy kto? Rzecz o osobowej tożsamości i wychowaniu*, Warszawa 1996, s. 145.

² V. E. Frankl, *Homo patiens. Próba wyjaśnienia sensu cierpienia*, Warszawa 1998.

³ J. Makselon, *Spotkanie w sytuacji cierpienia*, w: A. Gałdowa (red.), *Psychologia osobowości i antropologia filozoficzna*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prace Psychologiczne” 1993, nr 9; M. Malicka, *op. cit.*

⁴ M. Malicka, *op. cit.*, s. 146.

⁵ J. Makselon, *op. cit.*

⁶ A. Gałdowa, *Powszechność i wyjątek. Rozwój osobowości człowieka dorosłego*, Kraków 1992, s. 146.

czy niemożność, przed czym nie można uciec, ale co można przekroczyć – transcendować przez nadanie mu określonej wartości, sensu. Stąd próby zrozumienia cierpienia przybierają postać poszukiwania odpowiedzi nie tyle na pytanie „dlaczego?”, ile „dla czego? bądź dla kogo cierpię?” – pytanie już nie o przyczynę, ale o rolę i znaczenie. Funkcje cierpienia można rozpatrywać w trzech aspektach: indywidualnym, międzysobowym i ogólnoludzkim⁷, biorąc też pod uwagę jego negatywne lub pozytywne konsekwencje.

Cierpienie niechciane i nieuniknione – niezależne od człowieka, „wyciska piętno na ludzkim Ja, będącym jego ofiarą”⁸; „jest więc czymś, co nas determinuje i wyznacza granice naszej tożsamości; czymś, co określa zarówno nasz sposób widzenia świata, relacje ze światem, jak i nasze zaangażowanie w świat”⁹.

Cierpienie koncentruje „obolałego” człowieka na jednej (tej właśnie) chwili życia (na „tu i teraz”), wyłączając ją z indywidualnej historii (zrywa „nić narracyjną” – zdolność opowiadania o sobie, tak istotną dla kształtowania własnej tożsamości) i zwraca go ku sobie samemu, porażając jego zdolność do działania i uczestnictwa w świecie, czyniąc biernym i zależnym od innych. Objawiając człowiekowi jego niemoc, może sprawić, że cierpiący – upokorzony własną bezradnością – zatraci swoją godność i szacunek dla samego siebie¹⁰. „Przez cierpienie ja się zużywa” – jak pisała S. Weil¹¹.

Z drugiej jednak strony, to niewyberane przez nikogo cierpienie „objawia niesłychanie intensywne poczucie istnienia i znosi wszelkie wątpliwości, co do tego, że jest ktoś, kto cierpi”; dzięki cierpieniu odkrywamy swoją ograniczoność, cielesność, a zarazem swą jedyność i niepowtarzalność – nikt inny nie jest w stanie odczuwać tego, co ja odczuwam, i cierpieć za mnie; cierpienie konstytuuje, bardziej niż cokolwiek innego, podmiotowość osoby i jej tożsamość; „ból nie jest tym, co mam, ale jest tym, kim jestem”¹². „Chory cierpiący na ból przewlekły nie odczuwa bólu: on sam jest bólem”¹³; „zredukowany do cierpiącego ja, jestem żywą raną”¹⁴.

Cierpienie – paradoksalnie – „wzmacnia nas w naszym poczuciu istnienia”, pozwala odkryć prawdę o sobie, o własnej kondycji; uwrażliwia w sposób szczególny i skłania do rekapitulowania swego życia, stwarzając płaszczyznę

⁷ Por. J. Makselon, *op. cit.*

⁸ M. Schwob, *Ból*, Katowice 1999.

⁹ M. Malicka, *op. cit.*, s. 146.

¹⁰ P. Ricoeur, *Cierpienie nie jest bólem*, w: *Filozofia osoby*, Kraków 1992, cyt za: M. Malicka, *op. cit.*, s. 147.

¹¹ Cyt za: A. Gałdowa, *op. cit.*, s. 148.

¹² M. Malicka, *op. cit.*, s. 147.

¹³ M. Schwob, *op. cit.*, s. 83.

¹⁴ P. Ricoeur, *op. cit.*, cyt za: M. Malicka, *op. cit.*

dla istotnych wyborów i przemyśleń duchowych; stymuluje do indywidualnego rozwoju¹⁵.

Cierpienie jawi się zarówno jako zagrożenie, jak i szczególna sposobność otwierająca przed człowiekiem nowe możliwości. Jako szansa rozwoju najlepiej przedstawione zostało w koncepcji V. Frankla, dla którego konfrontacja z własnym cierpieniem, świadome jego przeżycie i przyjęcie wobec niego odpowiedniej postawy nie tylko chroni człowieka przed rezygnacją czy rozpaczą, ale umożliwia mu „wzniesienie się ponad” i osobowy wzrost.

Podjmując problem cierpienia w ludzkim życiu, pragniemy ustosunkować się wobec tych twierdzeń logoteorii V. Frankla, które mówią o jego konstruktywnej, sensotwórczej roli.

„Nie do pomyślenia jest rozwój człowieka bez udziału w tym rozwoju jego smutków, jak i radości. Smutek, depresja, niezadowolenie z siebie, poczucie wstydu, poczucie winy i niższości jest nieodzowne dla rozwoju, tak samo jak przeżywanie uczuć radości i twórczości”¹⁶.

Znaczenie cierpienia w koncepcji Viktora Frankla – podstawowe tezy

Zgodnie z teorią V. Frankla, człowiek jest bytem złożonym, stanowiącym nieredukowalną jedność cielesno–psychiczno–duchową. Z wymiarem duchowym (noetycznym) wiąże się świadomość siebie, intencjonalność, wolność wyboru, decydowania o sobie i zajmowania postawy wobec zewnętrznych okoliczności czy nawet swojego psychofizycznego organizmu oraz odpowiedzialność za własną egzystencję, jej kształt.

Duchowość, traktowana jako istotny „element konstytuujący istotę człowieka na gruncie organizmu psychofizycznego, który jest przez nią stale formowany”¹⁷, wyraża się przede wszystkim w zdolności do transcendencji, wychodzenia „poza” i „ponad” siebie, zawsze „ku” i zawsze „dla” (dla czegoś, nie tylko dla siebie), co oznacza otwarcie na świat i ukierunkowanie na wartości. Poprzez odkrywanie i realizowanie wartości (obiektywnie istniejących *powszechników sensu*), człowiek urzeczywistnia swój ideał osobowy, odczytuje znaczenie tego, co zewnętrzne i nadaje sens swojemu życiu.

¹⁵ K. Dąbrowski, *Higiena psychiczna*, Warszawa 1962; E. Mentel, *Sensotwórcza rola cierpienia w rozwoju jednostki w koncepcji V. E. Frankla i K. Dąbrowskiego*, w: K. Popielski (red.), *Człowiek – wartości – sens. Studia z psychologii egzystencji*, Lublin 1996; J. Makselon, *op. cit.*

¹⁶ K. Dąbrowski, *op. cit.*; J. Makselon, *op. cit.*

¹⁷ M. Siwak-Kobayashi, *Problemy noogenne w nerwicach*, w: K. Popielski (red.), *Człowiek – pytanie otwarte. Studia z logoteorii i logoterapii*, Lublin 1987, s. 273.

Poszukiwanie sensu to – zdaniem Frankla – podstawowy dynamizm, nazywany przez niego „wołą sensu”. Potrzeba zrozumienia i poczucia sensu swojego życia ujmowana jest tu jako metapotrzeba, ukierunkowująca całą aktywność człowieka, a jej realizowanie ma decydujące znaczenie dla zdrowia psychicznego i rozwoju osobowego. Niespełnienie potrzeby sensu życia rodzi frustrację egzystencjalną, która może przybrać trzy różne formy: zahamowanie specyficznie ludzkiego sposobu egzystencji, niemożność odnalezienia sensu istnienia w ogóle i utrata sensu swego konkretnego, osobowego istnienia¹⁸. Każda z tych postaci frustracji „potrzeby duchowej” wywołuje stan napięcia, który jest zjawiskiem normalnym i z którym człowiek radzi sobie zazwyczaj bez wpadania w nerwicę. Jednakże w wypadku pewnych predyspozycji psychosomatycznych stan ten może prowadzić do okresów dezintegracji osobowości i wywołać specyficzny rodzaj nerwicy – nerwicę noogenną.

Rozpoznanie „nerwicy noogennej” (płynącej ze sfery duchowej) jest rozpoznaniem ukierunkowanym na etiologię. Przyjmując dwie zasady podziału zaburzeń: etiologiczną i symptomatologiczną (fenomenologiczną) oraz wyróżniając w każdej z nich dwa wymiary: psychiczny i somatyczny, Frankl wyodrębnił cztery rodzaje schorzeń: 1) choroby o etiologii i symptomatologii somatycznej – choroby w popularnym znaczeniu; 2) choroby o etiologii i symptomatologii psychicznej – tzw. psychonerwice; oraz dwa typy mieszane, tj. 3) choroby somatogenne, lecz objawiające się na poziomie psychicznym – psychozy i 4) choroby psychogenne, objawiające się na poziomie somatycznym – tzw. nerwice narządowe¹⁹. (Podział ten nie jest sztywny, tzn. w każdym schorzeniu somatogennym mają również udział czynniki psychogenne i odwrotnie).

Nerwicę noogenną traktuje Frankl jako odrębny syndrom kliniczny, który, przeciwnie do nerwicy reaktywnej, ma charakter aktywny: „Człowiek walczył, szukał, ale mimo że okazał się bezsilny, zdobywa się na jeszcze jeden akt, akt rozpaczony”²⁰. W tym sensie nerwicę noogenną można uznać za akt „wyboru”, decyzji o rezygnacji z dążenia, by swojemu życiu nadać wartość. Nerwica noogenna – pisze M. Siwak-Kobayashi²¹ – „jest zawsze ofiarą i cierpieniem, jakie człowiek przyjmuje na siebie w przekonaniu, że pozostaje mu tylko taka możliwość pozostania w świecie”.

Podsumowując, podstawowe twierdzenie logoteorii głosi, że zdrowie człowieka, jego dobre samopoczucie i wewnętrzne zadowolenie w znacznej mie-

¹⁸ V. E. Frankl, *Basic Concepts of Logotherapy*, „Journal of Existential Psychology” 1962, nr 8; M. Siwak-Kobayashi, *op. cit.*, s. 274.

¹⁹ Juczyński Z., *Nerwica noogenna w ujęciu V. E. Frankla i jej miejsce w systematyce zaburzeń nerwicowych*, w: K. Popielski (red.), *Człowiek – pytanie otwarte. Studia z logoteorii i logoterapii*, *op. cit.*

²⁰ Cyt. za: M. Siwak-Kobayahi, *op. cit.*, s. 274.

²¹ *Ibidem*.

rze zależą od niego samego; mają ścisły związek z tym, w jakim stopniu obdarzy on swoją egzystencję sensem, jaką postawę przyjmie wobec tego, co mu się w życiu przydarza, a przede wszystkim wobec własnego cierpienia. Wynikające stąd poniższe tezy V. Frankla na temat sensu życia i cierpienia stały się inspiracją dla zaprojektowania prezentowanych badań:

1. Sensem życia jest samo życie – życie fakultatywne (byt zadany) jest sensem życia faktycznego (bytu danego).

2. Sens bytu ludzkiego może być tylko konkretny – *ad personam* i *ad situationem* – w każdej sytuacji człowiek może podjąć trud wypełnienia go sensem, to on decyduje, czy i jakim sensem wypełni swoją konkretną sytuację; imperatyw rozwojowy brzmi tu następująco: „Bądź tym, którym tylko ty jeden i ty sam być możesz i być masz”.

3. Człowiek nadaje sens swojemu życiu przez odkrywanie i realizowanie wartości; może to czynić w trojaki sposób na drodze realizowania trzech rodzajów wartości: wartości twórczych – przez działanie i kształtowanie świata; wartości przeżyciowych – przez przeżywanie świata, przyswajanie sobie jego piękna i prawdy, kontemplację wartości i kontakt z ich nosicielami; oraz wartości związanych z postawą – przez przyjęcie własnej postawy wobec różnych sytuacji losowych: choroby, cierpienia, śmierci.

Frankl wyróżnił kilka form nerwic noogennych, a wśród nich tę, która powstaje jako reakcja na frustrację egzystencjalną i polega na rezygnacji z dalszej walki (uznawana za postać najczęstszą), tę, która powstaje, kiedy człowiek odrzuca jakikolwiek sens swojej egzystencji (jak się dzieje np. w nerwicach depresyjnych), tę, która jest efektem konfliktu moralnego czy też konfliktu sumienia (znajdując swój wyraz np. w nerwicach lękowych) oraz tę, typową dla okresów przełomowych (jak dojrzewanie czy przekwitanie), kiedy wskutek utraty sensu, wyczerpania się dotychczasowego celu człowiek staje przed pustką egzystencjalną – doświadcza kryzysu egzystencjalnego²².

4. Realizacja wartości związanych z postawą stanowi najwyższe dokonanie etyczne, zaspokajanie sensu cierpienia jest nieograniczone (nie może się „wyczerpać”) i dlatego przewyższa etycznie wartości twórcze i przeżyciowe; w sferze postawy – człowiek jest wolny pod każdym względem; ponadto „zdolność znoszenia cierpienia każdy człowiek musi dopiero zdobywać, musi uczyć się cierpieć” (do działania i przeżywania potrzebne są talenty, uzdolnienia twórcze, wrażliwość, a to człowiek już posiada); „Nabycie zdolności cierpienia jest aktem kształtowania siebie”.

5. Urzeczywistnianie wartości związanych z postawą jest realizowaniem sensu, jaki może mieć niedające się uniknąć cierpienie – chodzi tu o cierpienie konieczne (takie jak nieuleczalna choroba, niezawiniona krzywda, ale również

²² *Ibidem*.

jako konsekwencja realizacji wartości), o cierpienie prawdziwe, zsyłane przez los, rzeczywiste (w przeciwieństwie do cierpienia niepotrzebnego, wiążącego się z czułościowością i przesadną wrażliwością na ból (eskapizm) lub z cierpiętnictwem (masochizm).

6. Cierpienie może być sensowne, jeśli nie jest bezowocne, tzn. jeśli cierpi się za coś lub za kogoś, jeżeli posiada intencję; cierpienie intencjonalne, mające jakiś cel, obdarzone sensem, to cierpienie „uświęcone przez ofiarę”, co więcej – jako takie przestaje być cierpieniem.

7. Świadome przyjęcie i przeżycie cierpienia stanowi szansę rozwoju, prowadzi do wewnętrznego wzrostu, dojrzewania psychicznego i moralnego bogacenia się; umożliwia wzniesienie się „ponad chorobę”, chroni przed rezygnacją i rozpaczą, służy zdrowiu.

8. Odpowiednio przeżyte cierpienie prowadzi do odpowiedniej postawy wobec pytania o sens własnego życia, pełni funkcję „sensotwórczą”.

Znaczenie cierpienia w świetle wyników badań własnych

Próby ustosunkowania się wobec powyższych tez na temat znaczenia cierpienia przybrały charakter poszukiwania odpowiedzi na następujące pytania:

– Czy i jaki związek istnieje między sposobami doświadczania cierpienia a poczuciem sensu życia?

Innymi słowy, czy osoby o niskim i wysokim poczuciu sensu życia różnią się między sobą pod względem zajmowanej wobec cierpienia postawy i na czym owe różnice polegają?

– Czy istnieją różnice w sposobach doświadczania cierpienia i poczucia sensu życia w zależności od stanu psychicznego i fizycznego (tj. między grupą osób zdrowych, chorych somatycznie i cierpiących na zaburzenia nerwicowe)?

Kwestie te staramy się rozważyć na podstawie wyników własnych badań, prowadzonych metodą autobiograficzną. Są one zaledwie fragmentem szerszego projektu badawczego (nadal kontynuowanego), ale fragmentem na tyle istotnym, że pozwala on wyłonić pewne wyraźne tendencje obserwowane w analizowanym obszarze.

Przedstawiany materiał empiryczny stanowią tu:

a) dane na temat poczucia sensu życia osób badanych, uzyskane na podstawie testu PIL (*Purpose in Life*) – Skali Sensu Życia J. G. Crumbaugh i T. Maholicka (w przekładzie Z. Płużek), powstałej na podstawie założeń koncepcji frustracji egzystencjalnej V. Frankla jako narzędzie służące do pomiaru intensywności poczucia sensu życia. Składa się ona z 3 części: A, B i C. Część A zawiera 20 twierdzeń, do których badany ustosunkowuje się na 7-stopniowej skali (suma punktów jest wskaźnikiem liczbowym poczucia sensu życia; zakres

skali wynosi 140–20, przy czym im wyższy wynik, tym wyższe poczucie sensu życia); część B stanowi 13 zdań niedokończonych; część C to wolna wypowiedź badanego na temat jego celów i dążeń. Omawiane analizy obejmują jedynie wyniki liczbowe części A.

b) dane na temat sposobów doświadczania cierpienia, uzyskane na podstawie autorskiej metody (bazującej na procesach autonarracji i wykorzystującej mechanizm projekcji metaforycznej), która skonstruowana została dla uchwycenia indywidualnych sposobów doświadczania cierpienia w kontekście realnych zdarzeń życiowych. Włączona tu technika graficzna „Linia życia”, na której badani zaznaczali najważniejsze zdarzenia z własnej przeszłości, teraźniejszości i przyszłości, oceniali, który z okresów w swoim życiu uważają za wiążący się z największym cierpieniem i szczęściem, a także mieli za zadanie określenie własnej roli w swoim życiu i sformułowanie rozbudowanych metafor szczęścia, cierpienia i własnego życia.

Przedstawiane tu wyniki analizy jakościowej metafor cierpienia uzyskane zostały na podstawie odpowiedzi osób badanych na prośbę o uzupełnienie zdania: „Moje cierpienie jest jak....., ponieważ.....”.

U podstaw zastosowanej metody leży założenie, że określenie pewnych aspektów własnego życia za pomocą metafory (niezależnie od tego, czy jest to metafora konwencjonalna, czy „osobista”, twórcza) stanowi wyraz subiektywnego jego spostrzegania i rozumienia. Zdaniem G. Lakoffa i M. Johnsona rozumienie w terminach projekcji metaforycznej (pośrednie) opiera się (tak jak i rozumienie bezpośrednie, do którego się odwołuje) na doświadczeniu. Analiza specyficznych sposobów doświadczania własnego cierpienia przez osoby badane koncentrowała się na wymienionych przez autorów aspektach systemu pojęciowego. (W niektórych przypadkach osoby badane formułowały więcej niż jedną metaforę – wszystkie one zostały uwzględnione w niniejszym opracowaniu).

Analiza (głównie jakościowa) uzyskanego materiału służyć miała określeniu zależności między sposobem doświadczania cierpienia a poziomem poczucia sensu życia u osób badanych.

Grupę badanych stanowiło łącznie 56 osób (w tym 67% kobiet i 33% mężczyzn) w wieku 36–55 lat (średnia wieku wynosiła 44,7), w okresie późnej dorosłości, posiadających wykształcenie średnie (48%) i wyższe (52%). Grupa ta obejmowała:

1) 17 (30%) pacjentów krakowskiej poradni zdrowia psychicznego z zaburzeniami nerwicowymi depresyjnymi i lękowymi (mieszanymi), z rozpoznaniem F.41.2 według ICD.10;

2) 19 (34%) chorych somatycznie – pacjentów Oddziału Chirurgii Naczyniowej szpitala o. Bonifratrów w Krakowie;

3) 20 (36%) osób zdrowych – ochotników wywodzących się głównie spośród słuchaczy magisterskich i podyplomowych studiów dla nauczycieli Akademii Pedagogicznej w Krakowie.

Poczucie sensu życia

Średnia poczucia sensu życia wynosiła w całej grupie badanej 111,8, co jest wynikiem zbliżonym do uzyskanego przez autorów testu (111,5) i uznanego przez nich jako punkt graniczny między wysokim a niskim poczuciem sensu życia²³.

Lakoff i Johnson²⁴ wyróżniają osiem aspektów systemu pojęciowego, służących rozumieniu (zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio) pewnego „zdania jako prawdy w danej sytuacji”. Są to: struktura rzeczy, struktura orientacyjna, wymiary doświadczenia, kształty doświadczeniowe, tło, uwypuklenie, cechy interakcyjne oraz prototypy.

W grupie osób z zaburzeniami nerwicowymi średnia poczucia sensu życia była najniższa i wynosiła 78,5, u osób z chorobami naczyniowymi – 99,3, natomiast u osób zdrowych była najwyższa i wynosiła 113,3. Na podstawie wyników uzyskanych przez badanych w skali PIL (tj. 111,8) wyróżniono: 39 osób (70%) mających niskie i 17 osób (30%) wysokie poczucie sensu życia, przy czym:

– w grupie osób chorych somatycznie wyniki świadczący o niskim poczuciu sensu życia uzyskało 11 osób (58%), a o wysokim 8 osób (42%);

– w grupie osób zdrowych wyniki rozkładały się podobnie, ujawniając, iż 11 osób (55%) ma niskie, zaś 9 osób (45%) wysokie poczucie sensu życia;

– natomiast w grupie osób z zaburzeniami nerwicowymi nie udało się dokonać takiego podziału – wszystkie 17 osób wykazywało niskie poczucie sensu życia.

W efekcie zastosowania powyższych kryteriów uzyskano pięć grup, różniących się między sobą w zakresie diagnozy stanu zdrowia i stopnia nasilenia poczucia sensu życia. Analiza jakościowa treści tworzonych metafor wykazała, że grupy te różnią się między sobą także pod względem sposobów rozumienia doświadczanego cierpienia.

Sposoby doświadczania cierpienia – ujęcie metaforyczne

Przedstawiane w tej części artykułu wyniki porównań wewnątrz- i międzygrupowych ujawniły pewne charakterystyczne dla każdej z pięciu wyodrębnionych grup osób badanych tendencje w interpretowaniu cierpienia i nadawaniu mu określonego znaczenia.

²³ K. Popielski, *Testy egzystencjalne: metody badania frustracji egzystencjalnej i nerwicy noogennej*, w: K. Popielski (red.), *Człowiek – pytanie otwarte. Studia z logoteorii i logoterapii*, Lublin 1987.

²⁴ G. Lakoff, M. Johnson, *Metafory w naszym życiu*, Warszawa 1988, s. 197–198.

I. Grupa osób z zaburzeniami nerwicowymi o charakterze lękowym i depresyjnym, posiadająca niskie poczucie sensu życia

Cechami charakterystycznymi tworzonych w tej grupie metafor jest:

- tematyczne powiązanie metafor cierpienia z treścią metafor życia; cierpienie pojmowane jest jako życie samo – nie tylko nieodłączne od niego, ale wręcz z nim tożsame: „Cierpienie jest jak moje życie, bo cierpię całe życie”;
- przeżywanie cierpienia jako „wszechogarniającego” i „obezwładniającego” człowieka, „zniewalającego” go i „zamykającego na świat”, „pochłaniającego od zewnątrz” lub „pożerającego od środka”;
- przeświadczenie, że cierpienie „dotyczące życia całego”, „niszczy je – jak śmierć – nieodwracalnie” i jak śmierć jest „absurdalne”; odbiera siłę i wiarę w sens istnienia; „nie pozwala się przewyciężyć”;
- przekonanie, iż człowiek wobec cierpienia jest „bezsilny”, także w sensie zdystansowania się, zajęcia wobec niego pewnej postawy; nikt nie potrafi zrozumieć cierpienia i jedyne, co może i ma zrobić, to „poddac się cierpieniu”;
- doświadczanie cierpienia, tak jak i życia całego jako „bezsensownego”, pozbawionego celu i znaczenia.

Typowe pojawiające się tu obrazy cierpienia wiążą się z poczuciem rozpaczy i pustki, frustracji egzystencjalnej i nawiązują do problemów winy, lęku, izolacji, zniewolenia i niemocy oraz śmierci. I tak, cierpienie ujmowane być może jako:

- kara „nie wiadomo za co” (a życie wówczas przyrównywane jest do „drogi krzyżowej”, „drogi przez mękę”);
- susza, „która powoduje, że wszystko umiera” (życie, które staje się „wędącym kwiatem”, „usychającym drzewem czy gałęzią”, jest „niszczone”);
- mętna woda, głęboka studnia, jezioro, „w które się wpada”, „tonie” i z których „nie można się wydostać” („ani nie ma sił, ani nie widać wyjścia nawet”) życie samo jest „jak pływanie po oceanie pustki i nicości”; jeśli akcentowane są sytuacje, w których „traci się grunt pod nogami”, wówczas życie przyrównywane być może także do „spirali”, „liścia na wietrze”, „huśtawki”, gdzie nadzieja przeplata się z rozpaczą, wzloty z upadkami, „niezależnie od woli człowieka”;
- mrok, „z którego nie widać wyjścia” lub czerni, a życie jest „książką do pokolorowania”, przy czym człowiek dysponuje „tylko jedną czarną kredką bólu”;
- robak, potwór, „który pożera od środka”, nóż, „który rozcina od wewnątrz na kawałki i nie można go wyjąć”, życie to „piekło”, „tortury, strach i ból”;
- doświadczanie fragmentaryzacji i dezintegracji;
- senny koszmar, „z którego nie możesz się obudzić”, życie, także na kształt „koszmaru”, „odrealnione” i „poplątane”, wiąże się z odczuciem „zagrożenia, strachu, dezorientacji, bezsilności i bezsensu”.

Kreowane w tej grupie metafory cierpienia, tak wyraźnie powiązane z metaforami życia, zdają się ujawniać stan frustracji egzystencjalnej, u podstaw której leży postawa rezygnacji ze starań, by zarówno bolesnym doświadczeniem, jak i swojemu życiu nadać jakiś sens.

II. Grupa osób chorych somatycznie

W tej grupie badanych zwraca uwagę fakt, że cierpienie utożsamiane jest z bólem fizycznym i chorobą, przy czym obserwowalne są różnice między osobami o niskim i wysokim poczuciu sensu życia.

1. Osoby chore somatycznie z niskim poczuciem sensu życia.

Dla osób zakwalifikowanych do tej grupy cierpienie kojarzy się przede wszystkim z chorobą, która przytrafia się człowiekowi w życiu i która jako zdarzenie losowe ma swój początek, lecz zdaje się nie mieć końca. Można przy tym zauważyć, że:

„cierpienie (jak ból fizyczny) to „coś strasznego”, „okrutnego”, co przychodzi z zewnątrz, „niszczy człowieka i jego otoczenie”, „zabija”, „krzywdzi”, „ograbia”, „ogranicza”, „upokarza”, „czyni zależnym”;

- cierpienie jest jednoznacznie negatywne, czyni człowieka „niesprawnym”, „niepotrzebnym”, „ciężarem dla innych”, odbiera mu godność i satysfakcję z różnych dziedzin aktywności;

- człowiek wobec cierpienia pozostaje bezradny, ale nie całkowicie; może dostrzegać swój udział w jego powstaniu, może też starać się go unikać, jednak „nie może sprawić, by odeszło”;

- cierpienie pojmowane jest tu jako zjawisko „niezawinione” przez człowieka albo też konsekwencja „nieodpowiedniego stylu życia” czy po prostu „własnej głupoty”, jako „porażka”;

- próbując zrozumieć swoje cierpienie, człowiek nie bierze jednak za nie odpowiedzialności, nie dostrzega w nim sensu innego niż „kara za błędy”; nie widzi też możliwości życia sensownego wbrew ograniczeniom, jakie niesie choroba.

Dominującymi uczuciami są tutaj żal, smutek, przygnębienie, lęk, poczucie niesprawiedliwości i krzywdy (lub winy), powiązane z doświadczeniem utraty cenionych wartości i ograniczeniem w sferze realizacji wartości twórczych i przeżyciowych oraz – jak się wydaje – brakiem „umiejętności znoszenia losu”.

Najczęściej występujące metafory w tej grupie ujmują cierpienie jako:

- ranę, „która nie chce się zagoić, wrzodzieje i wciąż się odnawia”;
- mękę, torturę, klęskę, „które nie powinny mieć miejsca”, „których trzeba unikać na ile się da”, czy senny koszmar, z którego „należy (choć nie zawsze można) się wybudzić”;
- teściową – „chciałoby się, żeby już sobie poszła”;

– ogólnie pojętą niesprawność, „która zdaje człowieka na łaskę innych, odbiera mu siły i godność”.

To „niechciane” cierpienie, tak jak jawi się ono w metaforach tej grupy badanych, wzbudza u nich szereg negatywnych emocji związanych z własną wobec niego bezradnością i tendencje ucieczkowe, bez próby znalezienia sensu w bolesnych doświadczeniach.

2. Osoby chore somatycznie z wysokim poczuciem sensu życia.

Także i w tej grupie cierpienie kojarzone z chorobą fizyczną jest czymś, co „przychodzi z zewnątrz” i co ogranicza człowieka, „osłabia go”, „spowalnia”, „unieruchamia” lub wręcz „osacza”. Jednakże w wypowiedziach osób badanych zaznacza się tu wyraźnie, że:

- cierpienie jest pewną niemożnością w realizacji własnego potencjału, przeszkodą (różnie rozumianą) na drodze do celu, „przeszkodą, którą trzeba usunąć, przezwyciężyć, pokonać”;

- cierpienie samo w sobie jest negatywne, ale może mieć pozytywne konsekwencje (dostrzegalne w dłuższej perspektywie czasu); przynajmniej potencjalnie pozwala „poznać siebie i swoje możliwości”, „wyciągnąć wnioski na przyszłość”, „uodpornić się”, „wzmocnić”, „wzbogacić”, „wyzwolić”;

- człowiek nie jest wobec cierpienia całkowicie bezsilny, może „podjąć z nim walkę i je pokonać”; chodzi tu o przezwyciężenie cierpienia, co „wymaga wysiłku”, „podjęcia trudu i ryzyka” – w tej próbie sił można jednak ponieść „porażkę”;

- sens cierpienia zasadza się w tym, że – jak choroba – jest ono dla człowieka „wyzwaniem”, na które trzeba odpowiedzieć, któremu trzeba sprostać; w razie niepowodzenia cierpienie ma jeszcze i takie znaczenie, że pozwala docenić inne, lekceważone do tej pory aspekty życia przynoszące szczęście, co wymaga z kolei wysiłku przewartościowania.

Charakterystyczne są tu metafory traktujące cierpienie jako:

- brud, błoto, „które oblepia człowieka i z którego trudno mu się wydostać” (jest to wszakże obiektywnie możliwe);

- głąz na drodze, kamień w bucie, drzazga w stopie, szpila wbita w ciało, cierni, kolec, które w różnym stopniu „utrudniają człowiekowi działanie”, „przeszkadzają”, „spowalniają marsz”;

- lekcja, nauczka, próba, która „pozwała poznać siebie i własne możliwości”, „pozwała wyciągnąć wnioski na przyszłość”, „wzbogaca i uszlachetnia”

- stal, fala morska, która „zwala z nóg, ale i hartuje”, „uodparnia”;

- drzazga w sercu, która „zmienia perspektywę, człowiek mniej potrzebuje do szczęścia”.

Wskazanie na potencjalne możliwości „wykorzystania cierpienia” dla osobistego rozwoju wydaje się – jak wynika to z wypowiedzi osób badanych –

wiązać z mniejszym nasileniem emocji negatywnych, co znajduje swój wyraz w stosunkowo łagodnej formie ich ekspresji.

III. Grupa osób zdrowych

Cierpienie dla osób z tej grupy jest „realnością człowieka”, jego „losem”: „Cierpienie jest jak rzeczywistość”, wszak różnie pojmowana, tak jak i różnie jest tu pojmowana rola człowieka w „radzeniu sobie” z cierpieniem.

1. Osoby zdrowe z niskim poczuciem sensu życia.

Postawa człowieka wobec cierpienia polega tu na biernej akceptacji tego, co się wydarza, wierze w jego „powszechność” i „sprawiedliwość świata”, co znajduje swój wyraz w przekonaniach badanych, mówiących o tym, że:

- cierpienie jest elementem wpisanym w ryzyko życia, przytrafia się człowiekowi losowo, „dopada go niespodziewanie, z zaskoczenia”, jest „nieprzewidywalne” i „nie do uniknięcia”; samo w sobie może być wyrazem utraty kontroli, stąd człowiek nie może się za nie obwiniać;

- cierpienie – jako „zdarzenie ze świata realnego” – jest ograniczone w czasie i ma swój kres; pojawia się nadzieja, że kiedyś minie, trzeba tylko „cierpliwie czekać”;

- cierpienie jest zjawiskiem dwuwartościowym, odgrywa „podwójną” rolę; przynajmniej potencjalnie może być pozytywne, korzystne i potrzebne, jako coś co „wzmacnia”, „uczy”, „buduje”, „uwalnia i otwiera”, „zbliża do ludzi”;

- człowiek, choć zasadniczo sam bezradny wobec cierpienia (nie ma wpływu na jego wystąpienie), może „szukać ulgi” i wsparcia u innych ludzi; jego zadaniem jest „z godnością znosić cierpienie”;

- sens cierpienia może polegać na tym, że stanowi ono „niezbędny element drogi” do celu czy „cenę”, jaką się płaci za chwile szczęścia i oczekiwane dobra.

W ujęciu metaforycznym cierpienie może być jak:

- ćma, bo „trwa chwilę”;
- upadek z wysokości – „długo boli, ale w końcu mija” – obosieczny miecz, który jednych zabija, innych wzmacnia”;
- dłuto, „które rani i rzeźbi”;
- ogień, „parzy i oczyszcza”;
- walec, czołg, „który miażdży, przejeżdżając po człowieku, ale deformując go, jakoś go przecież kształtuje na nowo”;
- pusty pokój, krzyk w pustym pokoju – „kiedyś drzwi się otworzą”, „może ktoś usłyszy wołanie”;
- gorzki owoc, „który trzeba przełknąć”;
- cytryna – „jest kwaśna i przykra, ale bywa potrzebna;
- kolec róży, „na który się natrafia, sięgając po kwiat”;

W przypadku tej grupy osób pojawia się „zgoda na cierpienie” jako element rzeczywistości wzbudzający ambiwalentne postawy innych ludzi, jako

źródło wsparcia społecznego, pomocnego w „znoszeniu” i przezwyciężaniu cierpienia. Akcentowana jest także „podwójność” cierpienia (jego negatywne i pozytywne aspekty) oraz jego „cykliczność”, w której znaleźć można ulgę i pociechę.

2. Osoby zdrowe z wysokim poczuciem sensu życia.

Także i w tej grupie cierpienie traktowane jest jako „konieczne”, wpisane w los każdego człowieka i jak los nie do uniknięcia. Cierpienie, zdaniem osób badanych z tej grupy:

- stanowi element codziennego doświadczenia, jest czymś powszechnym (wspólnym wszystkim ludziom) i wyjątkowym zarazem, „wyciska specyficzne piętno” na całym życiu; kształtuje człowieka, jego tożsamość;

- samo w sobie cierpienie „nie jest ani dobre, ani złe”; to od człowieka zależy, jakie znaczenie mu przypisze, i czy potrafi je wykorzystać;

- człowiek, choć bezradny wobec sytuacji cierpienia, może zająć wobec niego odpowiednią postawę; musi je przyjąć i przetworzyć („przełknąć” i „przetrawić”), co jest warunkiem „uporania się z cierpieniem”;

- sens cierpienia zawiera się w tym, że może ono stanowić bodziec do rozwoju, źródło siły człowieka, może nadawać jego życiu niepowtarzalny rys i sens.

Metafory oddające charakterystyczny dla tej grupy sposób doświadczania cierpienia to:

- rana, „po której zostaje blizna na całe życie”;

- siarczysty policzek – „długo siedzi w człowieku, ale otrzeźwia, uczy jak stawiać czoła”;

- chleb powszedni – „stanowi codzienne pożywienie, źródło energii”;

- przesolone ziemniaki, kromka chleba – „zjadasz je i po cierpieniu”;

- kieliszek wódki – „piecze i rozgrzewa, uwalnia, daje głębię”;

- lekarstwo – „gorzkie, ale pomaga, uzdrawia”;

- rzeka – „coś przynosi, coś zabiera”;

- los – „czemuś służy, niesie przesłanie, głębię”;

- wielka niewiadoma, niespodzianka – „zaciekawia, mobilizuje”.

Wydaje się, że jedynie w tej grupie osób badanych dopuszczalne są takie interpretacje cierpienia, zgodnie z którymi może ono nie tylko „kształtować”, ale przede wszystkim „wzmocnić” człowieka i sprawić, by stał się on silny w bardzo szerokim rozumieniu tego słowa (także duchowym).

Refleksje końcowe – wnioski i uwagi

Rezultaty przeprowadzonych analiz skłaniają do następujących refleksji:

1. Sposoby doświadczania cierpienia (znajdujące swój wyraz w treści kreowanych metafor) różnią się w zależności od poziomu poczucia sensu życia

osób badanych, a także w zależności od ich sytuacji egzystencjalnej – stanu psychicznego i fizycznego zdrowia.

2. Różnice w zakresie postawy wobec cierpienia i przypisywanego mu znaczenia (znajdujące odzwierciedlenie w poczuciu sensu życia) polegają na tym, że:

- u osób z zaburzeniami nerwicowymi, utożsamiających cierpienie z życiem, charakterystyczną postawą jest poddanie się „absurdalnemu” cierpieniu w akcie rozpacz, co wiąże się z najniższym poczuciem sensu życia;

- osoby chore somatycznie, traktujące cierpienie jako ból czy chorobę, mogą przejawiać wobec niego postawę negatywną – lękową i unikową (w przypadku niskiego poczucia sensu życia) bądź ambiwalentną, wiążącą się z ryzykiem podjęcia prób jego przezwyciężenia (w przypadku wysokiego poczucia sensu życia);

- dla osób zdrowych doświadczenie cierpienia jako koniecznego aspektu ludzkiej egzystencji oznacza akceptację, zgodę na nie w nadziei na pozytywne jego konsekwencje (osoby z niskim poczuciem sensu życia) i odwagę wykorzystania możliwości, jakie ono stwarza dla osobistego rozwoju (osoby o wysokim poczuciu sensu życia).

3. Różnice pomiędzy osobami zdrowymi i chorymi somatycznie w zakresie kreowanych metafor wskazują, że choroba naczyniowa i towarzyszący jej ból są czymś na stałe wpisanym w myślenie o własnym życiu i sprawiają, iż trudno dostrzec w cierpieniu aspekty pozytywne; można co najwyżej liczyć na jego pozytywne konsekwencje (jak czynią to osoby o wysokim poczuciu sensu życia). Niemające takich bolesnych doświadczeń osoby zdrowe łatwiej przyjmują cierpienie jako element ich codziennego życia i godząc się z jego koniecznością, chętniej dostrzegają jego pozytywne wartości i funkcje, ignorując bądź lekceważąc zagrożenia i ograniczenia, jakie może ono ze sobą nieść (jak czynią to osoby z wysokim poczuciem sensu życia). Obserwacja ta prowadzi do wniosku, że pomimo różnych doświadczeń dotyczących cierpienia i zajmowanej wobec niego postawy osoby mogą odczuwać satysfakcję z życia na podobnym poziomie.

4. Osoby o niskim poczuciu sensu życia przyjmują wobec cierpienia postawę bierną i generalnie negatywną, nie dostrzegając możliwości wpływu na to, czy i jak cierpią, przy czym:

- osoby z zaburzeniami nerwicowymi akcentują jego niszczącą całe życie obecność;

- osoby chore somatycznie spostrzegają obszar wolny od cierpienia, lokalizując go zazwyczaj w przeszłości;

- dla osób zdrowych jest ono zjawiskiem ograniczonym w czasie, stąd też pojawia się możliwość dodającego otuchy spojrzenia w przeszłość i pełnej nadziei wizji przyszłości.

5. Osoby o wysokim poczuciu sensu życia przyjmują wobec cierpienia postawę aktywną, dostrzegając swój na nie wpływ, przy czym:

- dla osób chorych somatycznie cierpienie pozostaje „złem”, które trzeba przezwyciężyć drogą osobistego wysiłku, męstwa i odwagi;
- dla osób zdrowych ważniejsze wydaje się przyjęcie „niezbędnego” cierpienia i jego afirmacja.

Wyniki przeprowadzonych analiz zdają się potwierdzać tezy koncepcji V. Frankla o sensotwórczej roli cierpienia, także i w tej kwestii, że znaczenie cierpienia nie może być rozpatrywane w oderwaniu od sytuacji życiowej konkretnych osób, z nią bowiem wiąże się to, czy zostanie ono uznane za „konieczne” (jak „chleb powszedni”) czy też „niepotrzebne” (jak „głaz na drodze”), czy wreszcie wymknie się takiej refleksji, kiedy potraktowane zostanie jako życie samo (niczym „senny koszmar” lub „potwór”), jako bezsensowne i ponad miarę. I choć sam Frankl podkreślał, że istnienie ludzkie jest „zawsze sensowne”, że „nic w świecie nie jest bezsensowne, a cierpienie najmniej ze „wszystkiego”²⁵, to raczej należałoby przyznać niekiedy i tym, którzy, jak Stettbacher, twierdzą, iż „cierpienie ma tylko wtedy sens, jeżeli można je usunąć” lub przynajmniej uniknąć w przyszłości.

Nie zmienia to faktu, że zrozumieć człowieka, to zrozumieć jego cierpienie, zrozumieć, jak on sam rozumie swój ból, i że dopiero takie rozpoznanie otwiera całą gamę możliwości niesienia mu pomocy. Odnosząc się do tego praktycznego wydzwiku naszych rozważań, pragniemy na zakończenie zwrócić uwagę na jeszcze jedną sprawę – przeprowadzone przez nas analizy skłaniają do sformułowania pewnej sugestii dotyczącej diagnostycznej wartości sformułowanych przez ludzi metafor. Tak jak wartość terapeutyczna metafor została uznana w praktyce psychologicznej, tak i możliwości ich wykorzystania w przypadku poznania egzystencjalnych wymiarów życia ludzkiego – a w tym i cierpienia – wymagają chyba podkreślenia. Nie bez powodu metafory traktowane bywają jako „klucz” do rozumienia indywidualnych znaczeń nadawanych zdarzeniom życiowym, klucz otwierający zarazem nowe perspektywy odkrywania obszarów frustracji egzystencjalnej i poszukiwania sensu.

Bibliografia

- Dąbrowski K., *Higiena psychiczna*, Warszawa 1962.
Frankl V. E., *Basic Concepts of Logotherapy*, „Journal of Existential Psychology” 1962, nr 8.
Frankl V. E., *Homo patiens. Próba wyjaśnienia sensu cierpienia*, Warszawa 1998.

²⁵ Z. Juczyński, *op. cit.*, s. 271.

Gałdowa A., *Powszechność i wyjątek. Rozwój osobowości człowieka dorosłego*, Kraków 1992.

Juczyński Z., *Nerwica noogenna w ujęciu V. E. Frankla i jej miejsce w systematyce zaburzeń nerwicowych*, w: K. Popielski (red.), *Człowiek – pytanie otwarte. Studia z logoteorii i logoterapii*, Lublin 1987.

Lakoff G., Johnson M., *Metafory w naszym życiu*, Warszawa 1988.

Makselon J., *Spotkanie w sytuacji cierpienia*, w: A Gałdowa (red.), *Psychologia osobowości i antropologia filozoficzna*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prace Psychologiczne” 1993, nr 9.

Malicka M., *Ja, to znaczy kto? Rzecz o osobowej tożsamości i wychowaniu*, Warszawa 1996.

Mentel E., *Sensotwórcza rola cierpienia w rozwoju jednostki w koncepcji V. E. Frankla i K. Dąbrowskiego*, w: K. Popielski (red.), *Człowiek – wartości – sens. Studia z psychologii egzystencji*, Lublin 1996.

Popielski K., *Testy egzystencjalne: metody badania frustracji egzystencjalnej i nerwicy noogennej*, w: K. Popielski (red.), *Człowiek – pytanie otwarte. Studia z logoteorii i logoterapii*, Lublin 1987.

Ricoeur P., *Cierpienie nie jest bólem*, w: *Filozofia osoby*, Kraków 1992.

Schwob M., *Ból*, Katowice 1999.

Siwak-Kobayashi M., *Problemy noogenne w nerwicach*, w: K. Popielski (red.), *Człowiek – pytanie otwarte. Studia z logoteorii i logoterapii*, Lublin 1987.

Stettbacher J. K., *Sens cierpienia. Lecząca konfrontacja z własną duszą*, Warszawa 1993.

Tatarkiewicz W., *O szczęściu*, rozdz. VIII – *Cierpienie*, Warszawa 1962.

Małgorzata Szerla, Michał Kosztołowicz

Aplikacja bólu na strukturę osobowościową

Wprowadzenie

Powszechnie przyjmuje się, że praktyka kliniczna musi być naukowa, czyli oparta na dowodach, dlatego też klinicyści, którzy poszukują informacji na temat swoich interakcji z pacjentami, chcą mieć „bazę danych” dla swojej praktyki. „Praktyka oparta na dowodach” brzmi całkiem zgrabnie, rzadko jednak bierze się pod uwagę trudności w wykorzystywaniu danych psychologicznych. Większość eksperymentów, bazuje na statystyce. Celem takiego postępowania jest wykazanie, że interesujące nas dane (zmiennie) łączą się z innymi danymi w stopniu wykluczającym przypadek. Pacjenci wybrani losowo do porównywanych ze sobą grup, są poddawani różnym metodom leczenia. Następnie stosuje się statystyczne metody, które pozwalają określić, czy różne wyniki uzyskane w różnych grupach pacjentów są dziełem przypadku, czy też wynikają z zastosowania odmiennych metod leczenia. Wyniki tych eksperymentów stanowią podstawę oceny teorii i rezultatów leczenia. Jednak w praktyce wielkość zmienności wynikająca z metody terapeutycznej, (czyli różnicy między grupami) jest często bardzo mała w porównaniu z podstawową zmienną, (czyli różnicą między pacjentami w obrębie jednej grupy)¹.

Naukowe badania bólu z okresu ponad dwudziestu ostatnich lat dostarczyły informacji dotyczących fizjologii nocycepcji (percepcji bólu), nowych środków analgetycznych, wielu nowych technik kontroli bólu oraz sposobów i dróg podawania starych, dobrze znanych analgetyków (środków przeciwbólowych)². Wciąż jednak istnieje luka pomiędzy tą wiedzą a sferą emocjonalną

¹ M. Fajkowska-Stanik, T. Klonowicz, M. Marszał-Wiśniewska, *Psychologia różnic indywidualnych*, Gdańsk 2003, s. 117, 232–233; A. R. Feinstein, R. I. Horovitz, *Problems in the „Evidence” of „Evidence Based Medicine”*, „Am. J. Med.” 1997, no. 103, p. 529–535; G. H. Guyatt, *Evidence – Based Medicine*, „ACP J. Club” 1991, no. 114, p. A16; P. Salmon, *Psychologia w medycynie*, Gdańsk 2002, s. 11–23; M. Szerla, J. Ziębicka, *Standaryzacja a ewaluacja kontroli bólu*, Kielce 2003, s. 113–117.

² P. A. McGrath, *An Assessment of Children’s Pain: a Review of Behavioral, Physiological and Direct Scaling Techniques*, „Pain” 1987, no. 2, p. 147–176.

bólu. Dla lekarzy zajmujących się problemem bólu w codziennej praktyce klinicznej stanowi ona nadal wielkie wyzwanie³. Współczesna definicja bólu według Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu określa go jako „nieprzyjemne zmysłowe i emocjonalne doznanie, towarzyszące istniejącemu lub zagrażającemu uszkodzeniu tkanek bądź jedynie odnoszone do takiego uszkodzenia”⁴. Będąc wskazówką w diagnozowaniu choroby oraz efektów jej leczenia, ból w szczególności sposób uruchamia empatię lekarza i osób z najbliższego otoczenia pacjenta.

Empatia

Pierwsze wzmianki na temat empatii można znaleźć już w dziełach niektórych filozofów starożytności, m.in. w *Retoryce* Arystotelesa. Pisali na ten temat także stoicy, rozumiejąc ją jako duchową wspólnotę wszystkich rzeczy, pod wpływem której ludzie wzajemnie sobie współczują. Adam Smith, ekonomista i etyk, przedstawił jedno z pierwszych opracowań na temat empatii. Uważał, że jesteśmy przez naturę wyposażeni w możliwość (niemal nieodpartą skłonność) doświadczania „pokrewieństwa uczuć”, którego źródłem jest siła wyobraźni, dzięki której „umieszczamy siebie w sytuacji drugiego człowieka”.

Kontynuację tej problematyki znaleźć można u Schopenhauera, który w cierpieniu dostrzegał podłoże do kształtowania się współczucia, obejmującego wszystkich ludzi. Równoległe do filozofii Schopenhauera rozwijał się w Niemczech na przełomie XIX i XX wieku nurt tzw. empatii estetycznej – termin *Einfühlung* (pierwotne znaczenie – skłonność obserwatora do utożsamiania się w jakimś stopniu z obserwowanym przedmiotem, zazwyczaj fizycznym obiektem powodującym przeżycie piękna). Głównym przedstawicielem tego nurtu jest T. Lipps. Natomiast McDougall twierdził, że istnieją dwa sposoby wywoływania empatii: przez „adekwatną biologicznie” przyczynę oraz percepcję emocji odczuwanych przez innych ludzi – pierwotne bierne współodczuwanie. Kohler zaś utrzymywał, że empatia jest bardziej zrozumieniem aniżeli dzieleniem afektu. Sugerował bardziej aktywne usiłowanie jednostki, zmierzające do „wejścia do wnętrza” kogoś innego, do „wyjścia naprzeciw”. Jean Piaget kładł nacisk na krytyczną zdolność poznawczą w przypadku powstawania empatii. Podobnie uważał Eisenberg, wyróżniając percepcyjne przyjmowanie ról (umiejętność wyobrażania sobie dosłownie wzrokowej perspektywy oglądu

³ B. Golianu, E. J. Krane, K. S. Galloway, M. Yaster, *Pediatric Acute Pain Management*, „Pediatr. Clin. North Am.” 1999, no. 47(3), p. 559–587.

⁴ J. Dobrogowski, M. Kuś, K. Sedlak, J. Wordliczek, *Ból i jego leczenie*, Warszawa 1996, s. 50–51, J. Barański, A. Steciwko, E. Waszyński, *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*, Wrocław 2000, s. 45, 48, 63–74.

świata innej osoby), poznawcze przyjmowanie ról (umiejętność wyobrażania sobie cudzych myśli i motywów postępowania) oraz afektywne przyjmowanie ról (umiejętność wnioskowania o cudzych stanach emocjonalnych).

Niezależnie od filozoficznych źródeł zainteresowania empatią badaniem tego zjawiska zajmowano się także na gruncie nauk socjologicznych. Szczególnie znane są w tym zakresie prace Cooleya i Meada. Dokonali oni rozgraniczenia pojęć sympatii i empatii – (sympatia jest inspiracją do udzielania pomocy innym ludziom, empatia zaś umiejętnością postawienia się na czyimś miejscu). W dalszych badaniach nad empatią znaczny udział mają kierunki psychologiczne, związane zwłaszcza z nurtem psychoterapeutycznym Freuda. Na gruncie psychoanalitycznych koncepcji empatii rozwinęło się wiele teorii przyjmujących za niezbędny warunek jej powstania proces identyfikacji. Inny sposób konceptualizacji pojęcia „empatii” proponuje Ianotti. Jego zdaniem reakcję empatyczną warunkują dwa typy ustosunkowania się do sytuacji: egocentryczny bądź zdecentrowany, i wynikający stąd dwojaki charakter reakcji na sytuację – poznawczy lub emocjonalny. W tym ujęciu empatią dojrzałą byłaby umiejętność wejścia w położenie innej osoby i emocjonalne zareagowanie w taki sposób, jak zrobiłaby to ona.

Liczne badania zjawiska empatii sprawiły, iż obecnie nastąpiło odejście od traktowania jej jedynie jako prostej reakcji na sygnały emocjonalne drugiej osoby w kierunku rozumienia empatii w aspekcie angażowania osobowościowych struktur poznawczych. Zaprzestano także traktować empatię jako zjawisko czysto wewnątrzpsychiczne i zaczęto traktować ją w kontekście uwzględniania aktywności obu partnerów interakcji. Empatyczne rozumienie, nazywane też empatią poznawczą, wymaga zawieszenia własnych myśli, opinii i interpretacji po to, aby zrozumieć drugą osobę⁵.

Wgląd psychologiczny w proces leczenia nie jest wyłącznie domeną psychologów. Klinicyści z różnych dziedzin coraz częściej uświadamiają sobie, że wiele trudności, z którymi stykają się w pracy z pacjentem, ma podłoże psychiczne⁶.

Metoda redukcji statystycznej w standaryzacji bólu

Metoda redukcji statystycznej polega na porównywaniu empirycznego rozmieszczenia czynników osobowościowych z rozmieszczeniem przypadkowym. Podstawowym pojęciem w metodzie redukcji statystycznej jest po-

⁵ J. Barański, A. Steciwko, E. Waszyński, *op. cit.*; M. H. Davis, *Empatia. O umiejętności współodczuwania*, Gdańsk 2001, s. 11–34; M. Fajkowska-Stanik, T. Klonowicz, M. Marszał-Wiśniewska, *op. cit.*, s. 117, 232–233; Ch. J. Gelso, J. A. Hayes, *Relacja terapeutyczna*, Gdańsk 2004, s. 15–26, 47, 69, 107, 212–213.

⁶ P. Salmon, *op. cit.*, Gdańsk 2002, s. 11–23.

jęcie mapy populacji. Jako szczególny przypadek ogólnej definicji mapy zostało wprowadzone pojęcie mapy czynników osobowościowych: „prostokąt podzielony na pola elementarne i fundamentalne, którym zostały przyporządkowane odpowiednie czynniki osobowościowe, nazywamy mapą czynników osobowościowych”⁷.

Mapę tę konstruujemy w następujący sposób:

1. Każdy pacjent rozwiązuje kwestionariusz Cattella, który ujawnia 16 czynników osobowościowych⁸ (zob. załącznik 1).

2. Wyniki z punktu 1 standaryzujemy i przedstawiamy w skali T_1 , zgodnie ze wzorem:

$$y_i = 10z_i + 50,$$

gdzie:

z_i – wynik standaryzowany,

10 i 50 – arbitralnie dobrane liczby: odchylenie standardowe i wynik średni w skali T_1 ,

y_i – wynik w skali T_1 i-tego odpowiedniego czynnika osobowościowego⁹.

Wyniki w skali T_1 ujmujemy w klasy. Najmniejszy wynik w skali T_1 , (użytkany przez badaną populację po rozwiązaniu kwestionariusza Cattella) stanowi dolną klasę domkniętą, wyrażoną przez liczbę naturalną. Górną klasę otwartą otrzymujemy, gdy do dolnej dodamy np. 5 jednostek skali T_1 . Klasy wyznaczają pola elementarne (warstwy) – zob. tabela 3.

Na bokach prostokąta przyporządkowujemy numer pacjenta i klasy $j = 1, 2, \dots, k$. Następnie łączymy po dwa sąsiednie pola elementarne wzdłuż wyników klas wzrastających, przyporządkowując niższemu wynikowi 1, wyższemu 2, czyli tworzymy parę (1, 2). Są to pola fundamentalne.

⁷ G. Bryll, M. Kosztołowicz, *Pewien sposób ustalania oceny ogólnej wiadomości uczniów*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Inżynierskiej w Opolu” 1980, nr 33, seria „Matematyka”, z. 3, s. 33–45; M. Kosztołowicz, T. Kosztołowicz, M. Suchańska, *Metoda redukcji statystycznej w badaniu struktur osobowościowych uczniów. Niektóre problemy pomiaru czynności i zjawisk dydaktycznych*, Kielce 1999, s. 161–175; M. Kosztołowicz, M. Szerła, *Evaluation of Postoperative Pain with the Statistic Reduction Method Proceedings of the Tenth National Conference on Application of Mathematics in Biology and Medicine*, Kielce 2004, p. 201–206; A. Zięba, *Badanie rozmieszczenia populacji*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Opolu”, seria „Matematyka”, Opole 1975, s. 69–86.

⁸ W. Sanocki, *Kwestionariusze osobowości w psychologii*, Warszawa 1978, s. 202–219.

⁹ G. Bryll, M. Kosztołowicz, *op. cit.*

Umieszczając uzyskane wyniki w odpowiednich polach elementarnych, zawierających się w polach fundamentalnych, otrzymujemy mapę czynników osobowościowych.

Pojęcie takiej mapy w zapisie analitycznym:

$$f(x_i, x_j) = m_{i,j}$$

gdzie:

x_i – i-ty pacjent ($i = 1, 2, 3, \dots, l$),

x_j – j-ta klasa (warstwa) przy $j = 1, 2, 3, \dots, k$,

$m_{i,j}$ – liczba czynników osobowościowych i-tego pacjenta w j-tej warstwie (polu elementarnym).

Pojęcie relacji „blisko siebie”, użyte przez psychologów, można sprecyzować następująco: jeżeli dwa czynniki należą do odpowiedniego pola elementarnego zawierającego się w polu fundamentalnym, to mówimy, że pozostają one między sobą w relacji „blisko siebie”¹⁰.

Gdy u człowieka zaistnieje odpowiednia sytuacja wewnętrzna lub zewnętrzna, wtedy powoduje ona indywidualną reakcję, zależną od czynników osobowościowych będących w relacji „blisko siebie”.

Ból stanowi sytuację wewnętrzną, a jego wartość mierzymy za pomocą skali VAS.

Skala VAS (ang. Visual Analogue Scale) jest najbardziej rozpowszechnionym narzędziem pomiaru bólu¹¹. Skala ta odwołuje się do doświadczeń i wyobraźni chorego, gdyż ból określony przez pacjenta jest jedynym użytecznym kryterium oceny. Pacjent wskazuje stopień nasilenia bólu od 0 do 10. Skala VAS pozwala na zapisanie wyniku w postaci liczby i porównywanie wyników indywidualnego pacjenta w czasie kolejnych badań lekarskich¹².

Liczbę relacji „blisko siebie” wyraża się wzorem: $R(m_{i,j}) = \binom{m_{i,j}}{2}$; przy $j = 1, 2$.

¹⁰ M. Maruszewski, J. Reykowski, T. Tomaszewski, *Psychologia jako nauka o człowieku*, Warszawa 1967; J. Reykowski, *Motywacja, postawy prospołeczne, osobowość*, Warszawa 1979.

¹¹ P. A. McGrath, *op. cit.*, p. 147–176; J. Dobrogowski, M. Kuś, K. Sedlak, J. Wordliczek, *op. cit.*, Warszawa 1996, s. 50–51.

¹² J. Dobrogowski, J. Wordliczek, *Ból ostry*, Kraków 2002, s. 76, 237–241; B. Bayar, K. Bayar, A. Meric, E. Yakut, Y. Yakut, *Reliability and Validity of Reverse Visual Analogue Scale (right to left) in Different Intensity of Pain*, “The Pain Clinic” 2003, vol. 15, no. 1, p. 1–6; P. D. Triffitt, *Visual Analogue Scales for Pain: Are They Reproducible?*, “The Pain Clinic” 2000, vol. 12, no. 3, pp. 205–207.

Za pomocą wskaźnika c badamy istotność występowania relacji „blisko siebie”:

$$c = k^2 \frac{P_{0,2}^2 + P_{2,0}^2}{2},$$

gdzie:

k – liczba obszarów elementarnych na mapie czynników osobowościowych,

$$P_{0,2}^2 = \sum_{m_1, m_2 \geq 2} \frac{m_2(m_2 - 1)}{n(n-1)} \cdot \frac{2}{k},$$

$$P_{2,0}^2 = \sum_{m_1 \geq 2, m_2} \frac{m_1(m_1 - 1)}{n(n-1)} \cdot \frac{2}{k}.$$

$P_{0,2}^2$ i $P_{2,0}^2$ są to parametry, w których odpowiednie liczby interpretujemy:

2 u góry oznacza, że obliczamy liczbę kombinacji, po 2, czyli redukujemy populację n -elementową na poziom $N = 2$; $m_2 = 2$; $m_1 = 2$,

m_2, m_1 oznaczają liczebności w drugich i pierwszych polach elementarnych odpowiednich pól fundamentalnych,

0, 2 u dołu oznacza, że obliczamy liczbę kombinacji po 2 w drugich polach elementarnych odpowiednich pól fundamentalnych,

2, 0 u dołu oznacza to samo co 0, 2, jednak dotyczy pierwszych pól elementarnych odpowiednich pól fundamentalnych,

Parametry $P_{0,2}^2 + P_{2,0}^2$ porównujemy z rozkładem przypadkowym

$$R_{m_1, m_2} = \frac{2}{k^2}, \text{ wtedy wskaźnik koncentracji } c \text{ interpretujemy:}$$

1. $c > 1$ – relacja „blisko siebie” na mapie czynników osobowościowych jest nieprzypadkowa,

2. $c = 1$ – relacja „blisko siebie” na mapie czynników osobowościowych jest przypadkowa,

3. $c < 1$ – brak występowania wyraźnej relacji „blisko siebie” na mapie czynników osobowościowych.

Opis przypadku

Podczas zajęć lekcyjnych u jednego spośród 27 uczniów nagle wystąpił silny ból brzucha, który opisał słowami: bardzo silny, ostry, nękający, okresowo

słabnący, a następnie nasilający się. Po chwili chłopiec został zawieszony do szpitala. Zwrócono się do pozostałych uczniów, by zechcieli ocenić za pomocą skali VAS wielkość bólu, jakiego musiał doznawać ich kolega.

Tab. 1. Wartość bólu w ocenie chorego ucznia (nr 1)* oraz jego kolegów (2–27)

Lp.	Wartość bólu w skali		Lp.	Wartość bólu w skali		Lp.	Wartość bólu w skali	
	VAS	T ₁		VAS	T ₁		VAS	T ₁
1*	4*	51,0*	10	3	41,9	19	5	60,1
2	2	32,8	11	6	69,2	20	3	41,9
3	5	60,1	12	3	41,9	21	4	51,0
4	6	69,2	13	5	60,1	22	3	41,9
5	3	41,9	14	4	51,0	23	3	41,9
6	3	41,9	15	2	32,8	24	4	51,0
7	4	51,0	16	3	41,9	25	5	60,1
8	5	60,1	17	3	41,9	26	3	41,9
9	5	60,1	18	5	60,1	27	4	51,0

Źródło: opracowanie własne.

Wcześniej, dla celów naukowo-dydaktycznych, uczniowie ci rozwiązywali kwestionariusze Cattella.

Tabela nr 2 przedstawia uzyskane przez ucznia nr 1 (który doznał bólu brzucha) wyniki surowe czynników osobowościowych i ich wartość w skali T₁.

Tab. 2. Wartości czynników osobowościowych chorego chłopca

Lp.	Czynnik osobowy	wynik		Lp.	Czynnik osobowy	wynik	
		surowy	skala T ₁			surowy	skala T ₁
1	A	16	48,35	9	L	20	57,93
2	B	13	41,18	10	M	16	48,35
3	C	16	48,35	11	N	17	50,75
4	E	19	55,53	12	O	21	60,32
5	F	16	48,35	13	Q1	19	55,53
6	G	12	38,78	14	Q2	14	43,57
7	H	12	38,78	15	Q3	14	43,57
8	J	13	41,18	16	Q4	29	79,46

Źródło: opracowanie własne.

Dla każdego z uczniów skonstruowano mapę czynników osobowościowych. Tabela 3 przedstawia mapę czynników osobowościowych chłopca, który doznał bólu brzucha. Wyniki wysokie mieszczą się w przedziałach powyżej 50, niskie w przedziałach poniżej 50.

Tab. 3. Mapa czynników osobowościowych

Pola		Przedział	Czynnik osobowościowy	Wartość bólu (skala VAS)	Numer ucznia oceniającego ból
fund.	element.				
(2)	10	[75-80)	Q_4		
(1)	9	[70-75)			
(2)	8	[65-70)		6	4, 11
(1)	7	[60-65)	O	5	3, 8, 9, 13, 18, 19, 25
(2)	6	[55-60)	E L Q_1		
(1)	5	[50-55)	N	4*	1*, 7, 14, 21, 24, 27
(2)	4	[45-50)	A C F M		
(1)	3	[40-45)	B I Q_2 Q_3	3	5, 6, 10, 12, 16, 17, 20, 22, 23, 26
(2)	2	[35-40)	G H		
(1)	1	[30-35)		2	2, 15

Źródło: opracowanie własne.

Osobowość rozumiemy jako zbiór wszystkich czynników osobowościowych mających swą semantykę.

Strukturę osobowościową stanowią podzbiory czynników w warstwach (tj. polach elementarnych), które są wyznaczone przez relację „blisko siebie”.

W przypadku opisywanego chłopca są to podzbiory czynników w warstwach:

2: {G H},

3: {B I Q_2 Q_3 },

4: {A C F M},

6: {E L Q_1 }

Z mapy obliczono wskaźnik koncentracji czynników osobowościowych c (istotność relacji „blisko siebie”).

Z tabeli 3 mamy: (0, 2) (4, 4) (1, 3) (1, 0) (0,1) – pary liczb czynników w polach elementarnych (m_1 m_2), danych pól fundamentalnych.

Następnie, stosując wzory:

$$P_{0,2}^2 = \frac{2 \cdot 1 + 4 \cdot 3 + 3 \cdot 2}{5 \cdot 16 \cdot 15} = 0,017,$$

$$P_{2,0}^2 = \frac{4 \cdot 3}{5 \cdot 16 \cdot 15} = 0,010,$$

otrzymujemy wskaźnik koncentracji:

$$c = 10^2 \frac{0,017 + 0,010}{2} = 1,35.$$

Na podstawie powyższych wyników stwierdzamy, że struktura osobowościowa analizowanego pacjenta jest ustabilizowana $c = 1,35 > 1$.

W opisywanym przypadku ból określony przez pacjenta za pomocą skali VAS wynosi 4 jednostki w skali nominalnej, a w skali T_1 ma wartość 51,0. Wartość tę aplikujemy na mapę czynników osobowościowych. Nakłada się ona na warstwę 5 (zob. tab. 3). Strukturę osobowościową chłopca, który doznał bólu, stanowią czynniki osobowościowe pozostające w relacji blisko siebie.

Reasumując, zauważamy, że ocena bólu chłopca przeprowadzona przez kolegów z klasy była zróżnicowana. Pięciu uczniów oceniło według skali VAS wartość bólu na 4 punkty – zgodnie z odczuciem chorego kolegi; dziesięciu uczniów podało wartość 3 punkty; siedmiu wykazało 5 punktów; po dwóch uczniów oceniło ból kolegi na 2 i na 6 punktów.

Przyjmujemy, że każdy człowiek posiada skłonność do wyzwalania w sobie empatii, jednak nie zawsze jest ona ukierunkowana właściwie. Empatyczne komunikowanie się wymaga nawiązania empatycznej relacji, tak aby zbliżyć się do empatycznego rozumienia drugiego człowieka¹³. Jest to możliwe przez ukierunkowanie własnej empatii na strukturę osobowościową tej osoby (podmiotu empatycznego).

Bibliografia

Barański J., Steciwko A., Waszyński E., *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*, Wrocław 2000, s. 45, 48, 63–74.

Bayar B., Bayar K., Meric A., Yakut E., Yakut Y., *Reliability and Validity of Reverse Visual Analogue Scale(right to left) in Different Intensity of Pain*, "The Pain Clinic" 2003, vol. 15, no. 1, p. 1–6.

¹³ J. Barański, A. Steciwko, E. Waszyński, *op. cit.*, Wrocław 2000, s. 45, 48, 63–74; M. Fajkowska-Stanik, T. Klonowicz, M. Marszał-Wiśniewska, *op. cit.*, s. 117, 232–233; Ch. J. Gelso, J. A. Hayes, *op. cit.*, Gdańsk 2004, s. 15–26, 47, 69, 107, 212–213.

Bryll G., Kosztołowicz M., *Pewien sposób ustalania oceny ogólnej wiadomości uczniów*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Inżynierskiej w Opolu” 1980, nr 33, seria „Matematyka”, z. 3, s. 33–45.

Davis M. H., *Empatia. O umiejętności współodczuwania*, Gdańsk 2001, s. 11–34.

Dobrogowski J., Kuś M., Sedlak K., Wordliczek J., *Ból i jego leczenie*, Warszawa 1996, s. 50–51.

Dobrogowski J., Wordliczek J., *Ból ostry*, Kraków 2002, s. 76, 237–241.

Fajkowska-Stanik M., Klonowicz T., Marszał-Wiśniewska M., *Psychologia różnic indywidualnych*, Gdańsk 2003, s. 117, 232–233.

Feinstein A. R., Horovitz R. I., *Problems in the „Evidence” of „Evidence Based Medicine”*, „Am. J. Med.” 1997, no. 103, p. 529–535.

Gelso Ch. J., Hayes J. A., *Relacja terapeutyczna*, Gdańsk 2004, s. 15–26, 47, 69, 107, 212–213.

Golianu B., Krane E. J., Galloway K. S., Yaster M., *Pediatric Acute Pain Management*, „Pediatr. Clin. North Am.” 1999, no. 47(3), p. 559–587.

Guyatt G. H., *Evidence-Based Medicine*, „ACP J. Club” 1991, no. 114, p. A16.

Kosztołowicz M., Kosztołowicz T., Suchańska M., *Metoda redukcji statystycznej w badaniu struktur osobowościowych uczniów. Niektóre problemy pomiaru czynności i zjawisk dydaktycznych*, Kielce 1999. s. 161–175.

Kosztołowicz M., Szerla M., *Evaluation of Postoperative Pain with the Statistic Reduction Method Proceedings of the Tenth National Conference on Application of Mathematics in Biology and Medicine*, Kielce 2004. p. 201–206.

Maruszewski M., Reykowski J., Tomaszewski T., *Psychologia jako nauka o człowieku*, Warszawa 1967.

McGrath P. A., *An Assessment of Children's Pain: a Review of Behavioral, Physiological and Direct Scaling Techniques*, „Pain” 1987, no. 2, p. 147–176.

Reykowski J., *Motywacja, postawy społeczne, osobowość*, Warszawa 1979.

Salmon P., *Psychologia w medycynie*, Gdańsk 2002, s. 11–23.

Sanocki W., *Kwestionariusze osobowości w psychologii*, Warszawa 1978, s. 202–219.

Szerla M., Ziębicka J., *Standaryzacja a ewaluacja kontroli bólu*, Kielce 2003, s. 113–117.

Triffitt P. D., *Visual Analogue Scales for Pain: Are They Reproducible?*, „The Pain Clinic” 2000, vol. 12, no. 3, pp. 205–207.

Zięba A., *Badanie rozmieszczenia populacji*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Opolu”, seria „Matematyka”, Opole 1975, s. 69–86.

Załącznik 1. Charakterystyka szesnastu czynników kwestionariusza Cattella

	Czynniki	Wyniki wysokie (+)	Wyniki niskie (-)
A	Cyklotymia, schizotymia	współdziałający, przyjacielski, bez troski	sztwywny, chłodny, powściągliwy
B	Wysoka inteligencja niska inteligencja	inteligentny	nieinteligentny
C	Dojrzałość emocjonalna, neurotyczność	dojrzały emocjonalnie, silne ego	dziecinny, neurotyczny, słabe ego
E	Dominowanie, uległość	dominujący, agresywny	uległy, niepewny siebie
F	Surgencja, desurgencja	ekspansywny, entuzjastyczny	mało ekspansywny, chmurny, poważny
G	„Wysokie” superego, niskie superego	wytrwały, odpowiedzialny, stały uczuciowo	niewytrwały, zależny, lekkomyślny, zmienny uczuciowo
H	Odporność, brak odporności	odporny w sytuacji zagrożenia, nieśmiały, impulsywny, awanturniczy	mało odporny na zagrożenia, unikający, nieśmiały, nadwrażliwy
J	Wrażliwość, brak wrażliwości	wrażliwy, wymagający, niecierpliwy, zależny, delikatny, niedojrzały	twardy, realistyczny, mający zaufanie do siebie
L	Nadmierna podejrzliwość, brak podejrzliwości	podejrzliwy, zawistny, zazdrosny, zahamowany	ufny, dostosowujący się, otwarty
M	Niekonwencjonalność, konwencjonalność	niekonwencjonalny, egocentryczny	konwencjonalny, praktyczny
N	Racjonalizm, prostota	nienaganny, zręczny towarzyszko	prosty, bezpreten- sjonalny, niezręczny towarzyszko
O	Depresyjna niepewność siebie, pewność siebie	bojaźliwy, niepewny siebie, lękliwy	ufny, pewny siebie
Q ₁	Radykalizm, konserwatyzm	samodzielny w myśle- niu, postępowy	spokojny, niepomysłowy

Q ₂	Samowystarczalność, zależność od grupy	samodzielny w działaniu	trzymający się zasad, konwencji grupy
Q ₃	Wysoka samoocena, niska samoocena	opanowany, dokładny, o silnej woli	niewytrwały, o słabej woli
Q ₄	Wysokie napięcie ergiczne, niskie napięcie ergiczne	napięty, pobudliwy	flegmatyczny, spokojny

Osobowość a ból przewlekły

Wprowadzenie

Przedstawiane w niniejszej pracy zagadnienie dotyczy intensywnie analizowanych w literaturze związków między trwałymi cechami psychologicznymi a bólem przewlekłym. Relacja między osobowością a podatnością na tworzenie się i trwanie uporczywych dolegliwości bólowych stanowi fragment szerszej problematyki, traktującej o powiązaniach pomiędzy cechami psychicznymi a swoistą podatnością nocyceptywną skutkującą zwiększonym ryzykiem wystąpienia długotrwałych dolegliwości u danej osoby. Związki te są rozpatrywane na gruncie psychobiologicznych koncepcji osobowości zakładających istnienie wzajemnych ścisłych relacji między wymiarami temperamentu a układami neuroprzekaźnikowymi: serotoninerгіcznym i noradrenalіcznym¹. Biologicznym rusztowaniem osobowości nazywany jest ośrodkowy układ nerwowy. Istotną funkcję pełnią jego wrodzone własności, które składają się na osobniczo zróżnicowaną wrażliwość na bodźce, w tym na bodźce nocyceptywne, odporność psychiczną, podatność na stres. Podstawy biologicznych różnic w reagowaniu na otaczający świat przypisywane są drobnym różnicom w budowie i połączeniach w obrębie struktur mózgowych takich jak jądra migdałowe, podwzgórze, prążkowie i struktury układu limbicznego.

Do rozpatrywania związków między osobowością a bólem skłaniają zarówno obserwacje praktyczne wynikające z kontaktu z pacjentami w poradniach leczenia bólu jak i doniesienia w literaturze specjalistycznej. Wiele uwagi poświęca się badaniom, których wyniki zdają się wskazywać, że ilość możliwych interakcji między cechami osobowościowymi oraz odczuwanymi emocjami oraz doświadczanymi dolegliwościami i różnym nastawieniem do terapii jest potencjalnym źródłem zmienności obserwowanych (np. w Poradni Leczenia Bólu) różnic w efektach leczenia bólu przewlekłego². Czyli terapii bólu, który odmiennie niż tzw. informacyjny (ostry) ból w większości przypadków oparty

¹ J. Strelau, *Psychologia różnic indywidualnych*, Warszawa 2002, s. 245.

² J. Dobrogowski, *Patomechanizm bólu przewlekłego*, w: J. Dobrogowski, J. Wordliczek, *Medycyna bólu*, Warszawa 2004.

na fizjologicznym procesie nocycypcji – jakkolwiek zapoczątkowany nocycypcją, traci z biegiem czasu bezpośredni z nią związek.

Pojęcie osobowości jest zazwyczaj używane, gdy charakteryzujemy właściwości jakiejś osoby, podając to, co dla niej znamienne, stałe, a także to, co wyróżnia ją spośród innych. W literaturze opisywanych jest wiele definicji osobowości, które odzwierciedlają założenia różnych teorii psychologicznych. Wprawdzie nie ma pełnej zgodności między poszczególnymi stanowiskami, czym właściwie jest osobowość, ale prawie we wszystkich definicjach znajdziemy dwa podstawowe pojęcia: wyjątkowość i charakterystyczne wzorce zachowania. W takim ujęciu osobowość definiowana jest jako złożony zbiór częściowo zdeterminowanych genetycznie własności psychicznych, które wpływają charakterystycznie na wzorce zachowania jednostki, niezmiennie sytuacyjnie i czasowo³. Na pytanie, które z tych wzorców są istotne w przypadku odczuwania przez pacjenta dolegliwości o przewlekłym charakterze odpowiedź jest złożona. W świetle literatury u wielu osób o cechach przypisywanych dużej neurotyczności występuje większe prawdopodobieństwo pojawienia się zmian w funkcjonowaniu emocjonalnym, poznawczym, społeczno-zadaniowym określanych jako symptomy depresji. Stan ten sam w sobie utrudnia przeciwbólowe postępowanie przeciwbólowe. U osób depresyjnych obserwuje się ponadto tzw. negatywną tendencyjność pamięci, a więc skłonność do lepszego pamiętania informacji negatywnych. Subiektywne poczucie pogorszenia własnego funkcjonowania intelektualnego, odczucie zmniejszenia ogólnych możliwości realizowania swych zadań życiowych stanowi częstą skargę pacjentów poradni leczenia bólu. Na pytanie o to czy w oparciu o badania własne przeprowadzone wśród stosunkowo niewielkiej liczby pacjentów z dolegliwościami ze strony pleców i kręgosłupa można ujawnić zależności między cechami osobowości a przejawianiem objawów depresji starałam się odpowiedzieć w dalszej, poniżej zamieszczonej części niniejszego opracowania.

1. Metodyka i materiał

Prezentowane badania dotyczą „psychologicznych powikłań” stwierdzanych u części pacjentów z bólem przewlekłym, czyli zespołu objawów określanych mianem psychologicznego zespołu bólu przewlekłego. Przedstawiane badania stanowią część szerszego programu badawczego, którego przedmiotem jest modulujące znaczenie cech psychologicznych w przebiegu bólu przewlekłego i rozwoju psychologicznego zespołu bólu przewlekłego (w skrócie PZBP). Objawy te są uważane za widomy, przykro odczuwany przejaw współzależności psychiki i zjawisk nocycyptywnych, który z dużym nasileniem wy-

³ P. Zimbardo, *Psychologia i życie*, Warszawa, 1999.

stępuje u pewnej liczby osób z bólem przewlekłym⁴. Główne objawy to symptomy depresji oraz pojawiające się w świadomości automatycznie nasuwające się negatywne myśli, podwyższony poziom lęku. Ci „towarzysze” trwającego ponad trzy miesiące bólu o charakterze przewlekłym tworzą wraz z nim jako problemem głównym sytuację niezwykle trudną do rozwiązania na poziomie farmakologicznym oraz psychologicznym.

W niniejszej pracy skoncentrowano się na występowaniu objawów depresji oraz negatywnych automatycznych myśli pojawiających się ze zwiększoną częstością u pacjentów z uporczywymi dolegliwościami kręgosłupa. Powstaje pytanie czy odmiennie ten stan wygląda u osób różniących się cechami osobowości? Skupiono się właśnie na grupie pacjentów Poradni Leczenia Bólu z dolegliwościami kręgosłupa, pleców z uwagi na ogromne rozpowszechnienie w populacji właśnie tej formy zaburzeń czucia. Bóle kręgosłupa stały się bowiem jedną z najczęstszych dolegliwości układu kostno-stawowego. Uzyskane rezultaty potwierdzają, że na te dolegliwości cierpią na nie tylko ludzie starsi, ale coraz częściej młodzi, a nawet dzieci w wieku szkolnym. Odpowiedź na pytanie skąd się biorą tak liczne bóle kręgosłupa jest złożona. Niewystarczające wydają się najprostsze wyjaśnienia w rodzaju tego, że powodem jest obecność zmian zwyrodnieniowych w kręgosłupie. U wielu osób cierpiących z powodu przewlekłego bólu różnych odcinków kręgosłupa często dostępne badania radiologiczne takich ewidentnych zmian nie wykazują. Nierzadko bywa nawet raczej odwrotnie: to właśnie bóle kręgosłupa poprzez wymuszenie nieprawidłowej postawy prowadzą do stopniowego rozwoju zmian zwyrodnieniowych.

Badania przeprowadzono wśród 119 pacjentów Poradni Leczenia Bólu w Częstochowie, u których lekarz konsultujący rozpoznał ból przewlekły kręgosłupa (głównie odcinka szyjnego i piersiowego). Weryfikowano dwie główne hipotezy dotyczące znaczenia czynników osobowościowych w rozwoju psychologicznego objawu wchodzącego w skład zespołu bólu przewlekłego (w skrócie: PZBP), czyli symptomów depresji.

W badaniach zastosowano następujące techniki badawcze: pomiar bólu przewlekłego za pomocą kwestionariusza MPQ (McGill Pain Inventory) służącego do jakościowej oraz ilościowej oceny bólu pod względem nasilenia oraz uporczywości. Pozwoliło to na dokonanie oceny zarówno czuciowego, jak i afektywnego wymiaru bólu oraz uzyskanie informacji dotyczących okresu trwania dolegliwości ukazując temporalny wymiar historii bólu u danej osoby⁵. Dzięki uzupełniającym informacjom z wywiadu możliwa była ocena cech

⁴ R. Melzack, *Od teorii bramki bólu do macierzy neuronalnej*, „Ból” 2000, nr 1, s. 18.

⁵ Muller D., Lehr, *Sposoby wyrażania bólu*, w: C. Saint-Maurice, A. Muller, J. Meynadier, *Ból, diagnostyka, leczenie, prewencja*, Warszawa 1998.

psychoalgologicznych, takich jak panowanie nad bólem i poczucie posiadania pewnych możliwości zmniejszanie dolegliwości we własnym zakresie. Pomiaru cech osobowości dokonano za pomocą testu NEO-FFI (NEO *Five Factor Inventory*)⁶. Przyjęto za podstawę swoich dociekań badawczych koncepcję pięcioczynnikowego modelu osobowości Paula T. Costy i Roberta McCrae. Test opracowany na tej podstawie, czyli tzw. Wielka piątka umożliwia dwubiegunową charakterystykę osobowości, która może być uznana za niezmienną i mierzalną przy użyciu standaryzowanego narzędzia badawczego Kwestionariusza NEO-FFI. Badane czynniki to neurotyczność, ekstrawersja, otwartość na doświadczenia, ugodowość i sumienność. Depresję oszacowano za pomocą Inwentarza Depresji Becka, który umożliwia ocenę behawioralnych, poznawczych i fizycznych objawów depresji.

Uzyskane dane empiryczne pozwoliły stwierdzić, czy występujące u pacjentów różnice w cechach osobowości wyjaśniają zróżnicowanie symptomów depresji oraz automatycznych negatywnych myśli.

2. Wyniki badań

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że grupa pacjentów z bólem przewlekłym nie jest jednorodna pod względem objawów depresji oraz częstości automatycznych negatywnych myśli. Różnicują ją niektóre z badanych cechy osobowości.

W wyniku przeprowadzonej analizy danych za pomocą metody określanej jako analiza skupień okazało się, że wyniki wskazują, iż trzy spośród badanych cech osobowości tj. neurotyczność, ekstrawersja oraz sumienność wpływają na nasilenie występujących objawów depresji w znamienny sposób. Rezultat ten znalazł swój empiryczny wyraz w postaci ujawnionych dwóch skupień badanych pacjentów. Są to osoby o (1) niższym nasileniu objawów depresji oraz osoby o (2) wyższym nasileniu depresji. Uzyskano różniące się pod względem cech osobowości skupienia czyli podgrupy osób w których odmiennie kształtuje się średnia objawów depresji. Średnie wyniki objawów depresji w obu tych różniących się od siebie podgrupach osób z przewlekłym bólem kręgosłupa przedstawiono graficznie na wykresie (rys. 1). Przeprowadzona analiza wykazała istnienie zróżnicowania wewnątrznej badanej grupy osób z bólem przewlekłym kręgosłupa. W przypadku trzech badanych cech osobowości różnice między średnimi wartościami wskaźnika depresji są istotne statystycznie na poziomie $\alpha = 0,001$. Okazało możliwe wyodrębnienie dwóch homogenicznych podgrup pacjentów ze względu na objawy depresji.

⁶ Zawadzki B., Strelau J., Szczepaniak P., Śliwińska M., *Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae*, Warszawa 1998.

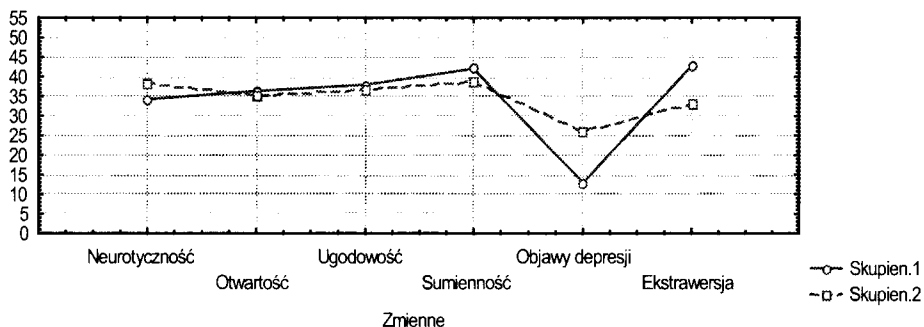
Osoby z bólem przewlekłym, które w wyniku przeprowadzonej analizy weszły w skład poszczególnych skupień różniących się od siebie zarówno poziomem objawów depresyjnych jak i w zakresie neurotyczności ($F= 10,07$ $p<0,001$), ekstrawersji ($F= 71,47$; $p<0,0001$) oraz sumienności ($F= 8,20$; $p<0,004$).

Tab. 1. Charakterystyka wyodrębnionych skupień na wymiarze cech osobowości i objawów depresji. Wartość średnich (M) i odchyłeń standardowych (SD) neurotyczności, ekstrawersji, sumienności i objawów depresji dla dwóch skupień

Skupienie	neurotyczność		otwartość		ugodowość		sumienność		obj. depresji		ekstrawersja	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Skupienie 1 <i>Pogodniejsi pacjenci PLB (76 osób)</i>	34,25	6,08	36,33	4,45	37,97	4,68	42,03	4,16	12,91	4,81	42,76	4,82
Skupienie 2 <i>Pacjenci PLB o silniejszych objawach depresji. (41 osób)</i>	38,39	7,81	35,37	5,49	36,78	6,81	38,98	7,38	26,02	5,44	32,94	7,72

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie danych z tabeli 1 można zauważyć, że osoby ze skupienia 1 uzyskały niższy średni wynik depresji (12,91) czemu towarzyszy niższa średnia neurotyczności ($M= 34,25$) niż w skupieniu nr 2 i wyższy średni wynik ekstrawersji ($M =42,76$) oraz sumienności ($M=42,03$).



Rys. 1. Średnie poziomy wskaźników sześciu zmiennych w dwóch skupieniach (neurotyczność, otwartość, ugodowość, ugodowość, ekstrawersja, objawów depresji)

Potwierdziło się sformułowane w hipotezie przypuszczenie, że dla osób z bólem przewlekłym szczególnie jedna z badanych tu cech osobowości, tj. wysoka neurotyczność, okazała się pewnego rodzaju czynnikiem ryzyka wystąpienia u danej osoby silniejszych objawów depresji. Odmiennie rzecz się przedstawia z inną cechą osobowości, a mianowicie z wysoką ekstrawersją, która w świetle uzyskanych danych w pewnej mierze może chronić osoby z chronicznymi dolegliwościami przed rozwijaniem się u nich depresji i pełnego psychologicznego zespołu bólu przewlekłego (PZBP).

Dodatkowo wiele cennych informacji wniosła jakościowa analiza poszczególnych przypadków. Zidentyfikowano konkretne osoby, które weszły w skład obu poszczególnych skupień. Okazało się, że w skupieniu o największej liczbie objawów depresji, znaleźli się pacjenci Poradni Leczenia Bólu, u których najczęściej występującą podkategorią bólu jest tzw. ból kostno-mięśniowy z dodatkowo stwierdzonymi obszarami nadwrażliwości w obrębie mięśni i sąsiadujących struktur. Osoby, które znalazły się wyłonionej bardziej depresyjnej podgrupie pacjentów z bólem przewlekłym (skupienie nr 2) zgłaszały więcej dodatkowych objawów takich, jak bóle powysiłkowe, znaczne zmęczenie. Występują też zaburzeniami snu w nocy (pod wpływem odczuwania bólu), co stanowi przysłowiową kropkę nad i w obniżeniu nastroju. U osób tych leczenie bólu przebiega trudniej, jest mniej skuteczne, czemu towarzyszy dodatkowo zniechęcenie i utrata radości życia⁷.

Zakończenie

W chwili obecnej prezentowane badania dostarczyły danych wspierających formułowaną w literaturze tezę mówiącą, że ilość możliwych interakcji między cechami osobowościowymi, a doświadczanymi dolegliwościami o charakterze przewlekłym stanowi potencjalne źródło zmienności różnic w skuteczności terapii przeciwbólowej. Niezrozumienie faktu zróżnicowania wzorców nocycyptywnych u osób różniących się cechami osobowości może pogarszać sytuację cierpiących osób a trudne w naszych polskich realiach zadania specjalistów, którzy prowadzą leczenie bólu czynić jeszcze trudniejszymi, ponieważ niepozwierzalność ludzkiego doświadczenia i osobowość powoduje, że to, co przynosi dobry efekt u jednej osoby, nie zawsze będzie pomocne w przypadku innej osoby, pomimo bólu o podobnej charakterystyce pod względem uporczywości bólu i jego nasilenia.

⁷ Ortenburger D., *Ból i depresja*, w: *Ból i cierpienie*, Z. Gajda (red.), „Acta Academiae Modrevianae”, Kraków 2004.

Bibliografia

Dobrogowski J., *Patomechanizm bólu przewlekłego*, w: J. Dobrogowski, J. Wordliczek, *Medycyna bólu*, Warszawa 2004.

Melzack R., *Od teorii bramki bólu do macierzy neuronalnej*, „Ból” 2000, nr 1, s. 18.

Muller D., Lehr, *Sposoby wyrażania bólu*, w: C. Saint Maurice, A. Muller, J. Meynadier, *Ból, diagnostyka, leczenie, prewencja*, Warszawa 1998.

Ortenburger D., *Ból i depresja*, w: *Ból i cierpienie*, Z. Gajda (red.), „Acta Academiae Modrevianae”, Kraków 2004.

Strelau J., *Psychologia różnic indywidualnych*, Warszawa 2002, s. 245.

Zawadzki B., Strelau J., Szczepaniak P., Śliwińska M., *Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae*, Warszawa 1998.

Zimbardo P., *Psychologia i życie*, Warszawa, 1999.

Jan Iwaszczyszyn, Andrzej Kukiełka

Metadon w leczeniu bólu nowotworowego

Ból jest doświadczeniem czuciowym i emocjonalnym, subiektywnie odbieranym jako nieprzyjemny, związanym z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek. Ból nowotworowy to sytuacja, w której chory na nowotwór złośliwy odczuwa ból, mający związek z chorobą nowotworową lub jej leczeniem (tab. 1)¹.

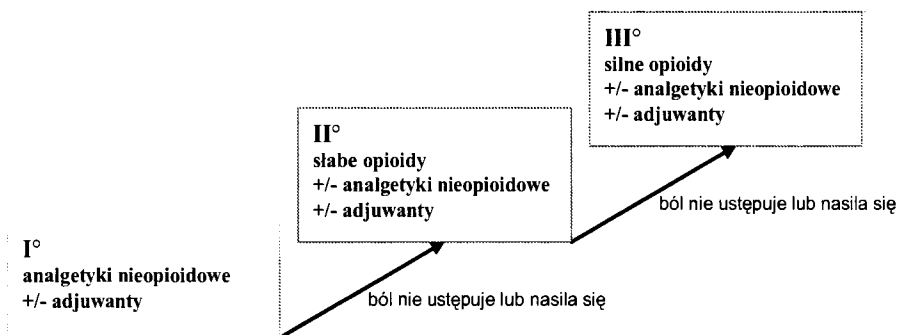
Tab. 1: Etiologia bólu nowotworowego (przykłady)

Ból spowodowany nowotworem	<ul style="list-style-type: none">– naciekanie tkanek przez guz;– ucisk przez guz nowotworowy;
Ból jako wynik leczenia choroby nowotworowej	<ul style="list-style-type: none">– ból pooperacyjny (np. potorakomijny, pomastektomijny);– ból śluzówek i skóry w następstwie radioterapii;– polineuropatie po chemioterapii.
Ból związany z chorobą nowotworową	<ul style="list-style-type: none">– źródłem bólu są objawy towarzyszące wyniszczeniu, unieruchomieniu, infekcjom (np. przy odleżynach, zaparciach etc.).
Ból współistniejący	<ul style="list-style-type: none">– niezwiązane bezpośrednio z chorobą zasadniczą (np. bóle głowy, kręgosłupa, stawów), ale współistniejące z nowotworem u chorego.

Źródło: J. Jarosz (red.), *Leczenie bólów nowotworowych*, w: *Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych*, Polska Unia Onkologii.

¹ J. Jarosz (red.), *Leczenie bólów nowotworowych*, w: *Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych*, Polska Unia Onkologii.

Standard leczenia bólu nowotworowego został wprowadzony przez Światową Organizację Zdrowia w 1986 roku jako tzw. drabina analgetyczna². Według różnych szacunków około 80–90% chorych z bólami nowotworowymi może być skutecznie leczonych farmakologicznie. Leczenie to polega na równoległym stosowaniu leków przeciwbólowych, dobieranych w zależności od nasilenia bólu, według drabiny analgetycznej oraz stosowaniu leków adjuwantowych (uzupełniających). U części chorych nie można osiągnąć kontroli bólu metodami farmakologicznymi – w przypadku ich nieskuteczności powinni być kierowani do wyspecjalizowanych ośrodków leczenia bólu, jakimi są poradnie leczenia bólu i ośrodki opieki paliatywnej.



Stopień I – analgetyki nieopiodowe: paracetamol, ketoprofen, ibuprofen, naproksen, diklofenak, matamizol.

Stopień II – słabe opioidy: kodeina, dihydrokodeina, tramadol.

Stopień III – silne opioidy: morfina, fentanyl, metadon, buprenorfina.

Adjuwanty – leki przeciwdepresyjne (amitryptylina, imipramina, mianseryna); leki przeciwdrgawkowe (karbamazepina, kwas walproinowy, klonazepam, gabapentyna); glikokortykoidy (deksametazon), leki sedatywne (midazolam); ketamina, neuroleptyki i inne.

Rys 1. Trójstopniowa drabina analgetyczna według WHO (1986).

Farmakologia metadonu

Metadon jest syntetycznym, silnym lekiem opioidowym, pochodną 4,4-difenylheptanonu. Jest mieszaniną racemiczną L-metadonu (agonista receptorów opioidowych) i D-metadonu (antagonizm w stosunku do receptora NMDA, odpowiada też za efekt przeciwkaszlowy i hamowanie rozwoju tolerancji na opioidy)³. Stosowany jest w leczeniu zależności morfinowej i heroinowej

² *Ibidem*; zob. też: *Cancer Pain Relief*, WHO, Genewa 1986.

³ W. S. Gomułka, *Narkotyczne leki przeciwbólowe*, w: *Farmakologia. Podstawy farmakoterapii*, Kostowski W. (red.), Warszawa 1998, s. 911–922; M. Krajnik, Z. Żylicz, *Metadon w leczeniu bólu nowotworowego*, „Polska Medycyna Paliatywna” 2002, nr 1, s. 15–22.

oraz jako alternatywny lek przeciwbólowy w przypadku nieskuteczności innych opioidów lub przy rozwinięciu się tolerancji na ich działanie⁴.

Farmakokinetyka

Po podaniu pozajelitowym metadonu jego działanie przeciwbólowe pojawia się po 10–20 minutach, natomiast w przypadku podania doustnego po 30–60 minutach. Wysoka biodostępność po podaniu doustnym (rzędu $79 \pm 11,7\%$), silne wiązanie się leku z białkami osocza krwi, względnie długi okres półtrwania (rzędu $30,4 \pm 16,3$ h) wydawałyby się czynić metadon doskonałym lekiem w terapii przewlekłego bólu, jednakże tendencja do kumulacji leku w tkankach, a także osobnicza zmienność farmakokinetyki metadonu sprawia, że konieczna jest wnikliwa obserwacja chorych i monitorowanie działań niepożądanych leku, zwłaszcza na początku leczenia⁵.

Metabolizm metadonu zachodzi głównie przy udziale enzymów mikrosomalnych w wątrobie. Większość leku i nieaktywnych metabolitów wydalana jest przez przewód pokarmowy (60%), a tylko 20% niezmienionego metadonu eliminowane jest przez nerki⁶, co ma istotne implikacje w praktyce klinicznej. W przypadku morfiny kumulacja jej metabolitów, szczególnie 3-glukuronianu morfiny, może wieść do opioidozależnej neurotoksyczności, która objawiać się może sennością, splątaniem, halucynacjami, allodynią, hiperalgeją i zaburzeniami funkcji poznawczych⁷. Zaburzenia te nasilają się przy współistniejącej niewydolności nerek, która w przypadku metabolizmu metadonu nie odgrywa tak ważnej roli.

Metadon wykazuje w niektórych przypadkach klinicznych przewagę nad innymi opioidami. Pierwszą z nich jest brak aktywnych metabolitów. Większość toksycznego efektu związanego ze stosowaniem opioidów (np. morfiny czy fentanylu) związane jest z kumulacją produktów ich przemian w organizmie. Metadon może być zatem logicznym wyborem u pacjentów zagrożonych bądź cierpiących z powodu nagromadzenia toksycznych metabolitów. Po drugie, z powodu zjawisko częściowej krzyżowej tolerancji (tzn. im większe dawki nieskutecznego poprzedniego opioidu podawano, tym silniejszy może okazać się metadon), jest wygodną alternatywą u tych chorych, u których występują

⁴ M. Krajnik, Z. Żylicz, *Metadon...*, op. cit., s. 15–22.

⁵ D. D. Denson, R. R. Concilus, R. V. Gregg, J. C. Crews, *The correlation between predicted and measured patient specific analgesic concentrations after intravenous titration: a guide for initial maintenance requirements with methadone*, "Journal of Clinical Pharmacology" 1990, no. 30, p. 1049–1054.

⁶ W. M. Gouldin, D. T. Kennedy, R. E. Small, *Methadone: History and Recommendations for Use in Analgesia*, "American Pain Society Bulletin" 2000, no. 10(5).

⁷ S. Mercadante, *Methadone in cancer pain*, "Eur J Pain" 1997, no. 1, p. 77–85.

Tab. 2. Najistotniejsze różnice w farmakokinetyce metadonu i morfiny

	Metadon	Morfina
Dostępność po podaniu doustnym	80%	35%
Wiązanie z białkami	60–90%	35%
Okres półtrwania	30h	3–4h
Aktywne metabolity	NIE	TAK
Wpływ chorób nerek na metabolizm leku	+	+++
Wpływ chorób wątroby na metabolizm leku	+++	+

Źródło: S. Mercadante, *Methadone in cancer pain*, "Eur J Pain" 1997, no. 1, p. 77–85.

nieakceptowane działania niepożądane innych opioidów. Po trzecie, metadon jest stosunkowo tanim lekiem, ze względu zaś na kumulację w tkankach i wydłużający się okres jego półtrwania (a zarazem i czas działania analgetycznego) pozwala przy dłuższym stosowaniu zmniejszać częstotliwość dawek. Preparaty morfiny czy fentanylu o przedłużonym uwalnianiu są obecnie łatwo dostępne na rynku, ale stosunkowo kosztowne. Natomiast metadon jest silnie lipofilny, co czyni go skutecznym w wielu sposobach podawania (doustnie, dożylnie, domięśniowo, doodbytniczo, podskórnie, podjęzykowo, podoponowo), jednak tylko niektóre z tych dróg zostały po przebadaniu zaakceptowane przez FDA⁸.

Mechanizm działania i działania niepożądane

Działanie metadonu oparte jest na wiązaniu się z różnymi receptorami:

- jest silnym agonistą receptora opioidowego μ (L-metadon);
- jest niekompetycyjnym antagonistą receptora NMDA (szczególnie forma D-metadonu);
- jest inhibitorem zwrotnego wychwytu serotoniny w synapsach⁹;
- jest agonistą receptora opioidowego δ (ważne w analgezji rdzeniowej), choć w piśmiennictwie spotyka się rozbieżne opinie na temat¹⁰.

Działania niepożądane są podobne, jak przy stosowaniu innych leków opioidowych, natomiast obserwuje się mniejsze działanie zapierające niż w przypadku stosowania morfiny. Nadmierna sedacja lub zahamowanie ośro-

⁸ S. Mercadante, *op. cit.*, , p. 77–85; R. Fainsinger, T. Schoeller, E. Bruera, *Methadone on the management of cancer pain: a review*, "Pain" 1993, no. 52, p. 137–147.

⁹ W. S. Gomułka, *op. cit.*, s. 911–922.

¹⁰ M. Krajnik, Z. Żylicz, *Metadon...*, *op. cit.*, s. 15–22.

ka oddechowego spowodowane przedawkowaniem metadonu dobrze reaguje na dożylną podanie naloksonu. 77% chorych wraca do stabilnego stanu po jednorazowym podaniu 0,4mg dożylnego naloksonu¹¹.

Metadon wchodzi w liczne interakcje z lekami, o czym również należy pamiętać podczas leczenia.

Tab. 3. Efekty interakcji metadonu z innymi lekami

Zmniejszenie poziomu metadonu w surowicy	Zwiększenie poziomu metadonu w surowicy
Ritonawir	Zidowudyna
Rifampicina	Nifedypina
Karbamazepina	Fluoksetyna
Fenytoina	Fluwoksamina
Fenobarbital	Sertralina
Risperidon	Ketokonazol
	Flukonazol
	Ciprofloksacyna

Źródło: C. Ripamonti, M. Bianchi, *The use of methadone for cancer pain*, "Hematol Oncol Clin N Am" 2002, no. 16, p. 543–555.

Dawkowanie metadonu

We wszystkich przypadkach miareczkowania metadonu należy pamiętać o jego indywidualnym dawkowaniu i monitorowaniu działania. Powinno się brać pod uwagę stopniowe wysycanie tkanek lekiem i wydłużanie okresu półtrwania, a co za tym idzie zmniejszenie częstotliwości podawania dawek po kilku dniach stosowania.

Stosowane są dwa schematy włączania metadonu jako leku III stopnia drabiny analgetycznej (patrz tabela 3)¹².

¹¹ V. W. Persky, L. R. Godfrank, *Methadone overdoses in a New York City Hospital*, "JACEP" 1976, no. 5, p. 111–113.

¹² E. Bruera, C. Sweeney, *Methadone use in cancer patients with pain: a review*, "J Pall Med" 2002, no. 5, p. 127–138.

Tab. 3. Schematy dawkowania metadonu

Metoda konserwatywna	Metoda dawki nasycającej
Rozpoczynamy stałą dawką metadonu 5 lub 10 mg metadonu doustnie 2–3 razy dziennie przez 4–7 dni	Rozpoczynamy stałą dawką metadonu 5 lub 10 mg metadonu doustnie, nie częściej niż co 4 h na żądanie
Jeżeli ból nie ustępuje, zwiększamy dawkę o 50% i kontynuujemy przez kolejne 4–7 dni. Jeżeli ból nadal nie ustępuje, dalsze zwiększanie dawek w podobny sposób następuje co 4–7 dni.	8 dnia stosowania obliczamy całkowitą dawkę metadonu zużytego w okresie ostatnich 24 h i podajemy tak wyliczoną dawkę w 2–3 dawkach podzielonych.
Ból przebijający: podajemy krótko działający doustny opioid co 1 h (np. morfina) do uzyskania kontroli bólu (również w fazie nasycania).	Ból przebijający: Należy podać 10% całkowitej dawki dobowej metadonu co 1 h do uzyskania kontroli bólu. Jeżeli pacjent potrzebuje więcej niż 5 dawek ratujących, podnosimy dobową dawkę metadonu o 50%.

Źródło: E. Bruera, C. Sweeney, *Methadone use in cancer patients with pain: a review*, "J Pall Med" 2002, no. 5, p. 127–138.

W przypadku toksyczności wywołanej opioidami lub też szybkiego narastania tolerancji na opioidy i konieczności znacznego zwiększania ich dawek w krótkim czasie, wskazana jest zmiana opioidu na metadon (tzw. rotacja opioidów)¹³. Istnieją dwa schematy zamiany morfiny na metadon:

- szybkie (preferowane głównie w Europie Zachodniej), polegające na odstawieniu pierwszego dnia całej dawki morfiny,
- wolne, gdzie morfinę zamienia się na metadon stopniowo (te z kolei częściej stosowane są przez autorów amerykańskich i kanadyjskich).

W obydwu schematach powinno się obliczać równoważną dobową dawkę analgetyczną metadonu na podstawie ilości uprzednio przyjmowanej morfiny (zob. tab. 4), a także to, iż z powodu częściowej krzyżowej tolerancji początkowa dawka powinna wynosić 50–75% dawki ekwianalgetycznej¹⁴.

¹³ M. Krajnik, Z. Żylicz, *Metadon*, *op. cit.*, s. 15–22.

¹⁴ E. Bruera, C. Sweeney, *op. cit.*, p. 127–138; O. T. Ayonrinde, D. T. Bridge, *The re-discovery of methadone for cancer pain management*, "Med J Austral." 2000, no. 173, p. 536–540; W. Leppert, A. Kotlińska-Lemieszek, J. Łuczak, M. Kluziak, *Wstępne doświadczenia w leczeniu bólu nowotworowego metadonem*, „Polska Medycyna Paliatywna” 2004, nr 1, s. 9–20.

Tab. 4. Przelicznik dawek przy rotacji z morfiny na metadon

Dawka morfiny	Stosunek morfiny do metadonu
<100 mg	3:1
101–300 mg	5:1
301–600 mg	10:1
601–800 mg	12:1
801–1000 mg	15:1
>1001 mg	20:1

Źródło: E. Bruera, C. Sweeney, *Methadone use in cancer patients with pain: a review*, "J Pall Med" 2002, no. 5, p. 127–138; O. T. Ayonrinde, D. T. Bridge, *The rediscovery of methadone for cancer pain management*, "Med J Austral." 2000, no. 173, p. 536–540.

Jednym z najczęściej stosowanych sposobów zmiany terapii z morfiny na metadon jest tzw. model Edmonton¹⁵. Polega on na obniżeniu w pierwszym dniu dobowej dawki doustnej morfiny o 1/3, zastępując odstawioną część dawki przez metadon w formie doustnej podawanej co 8 godzin. Dawkę morfiny na metadon należy zastąpić na podstawie przelicznika siły analgetycznej obydwu opioidów, czyli 10:1. W niektórych modyfikacjach tego schematu pojawiają się inne przeliczniki w zależności od całkowitej dawki przyjmowanej morfiny.

Drugiego dnia odstawia się kolejną 1/3 dawki morfiny, a dawkę metadonu zwiększa się jedynie w sytuacji, gdy pacjent odczuwa ból o umiarkowanym lub dużym nasileniu.

Trzeciego dnia odstawia się ostatnią 1/3 stosowanej morfiny i podaje regularnie metadon co 8 godzin. Dobową dawkę metadonu można zwiększać o 10% celem opanowania bólu przebijającego. Innym sposobem jest podawanie „dawek ratujących” krótko działającej morfiny, jednak nie w przypadku bólu wcześniej opornego na morfinę¹⁶.

Ekwianalgetycznymi dawkami wobec 10 mg metadonu są: 100 mg doustnej morfiny, 50 mg morfiny podawanej parenteralnie, 1 mg fentanylu, ok. 1 mg buprenorfiny i 500 mg tramadolu.

¹⁵ R. Brown, *Methadone: applied pharmacology and use as adjunctive treatment in chronic pain*, "Postgrad Med J." 2004, no. 80, p. 654–659; E. Bruera, J. Pereira, S. Watanabe, *Opioid rotation in patients with cancer pain. A retrospective comparison of dose ratios between methadone, hydromorphone and morphine*, "Cancer" 1996, no. 78, p. 852–857.

¹⁶ R. Brown, *op. cit.*, p. 654–659.

Zestawienie materiału do analizy

Pacjent	Płeć	Wiek	Rozpoznanie	Przyczyna włączenia	VAS I	VAS II	Dawka dobową opioidów – początek badania	Dawka dobową opioidów – koniec badania	
T.K.	K	61	Rak nerki, rozsiew	Niewystarczająca analgezja	7–9	4	morfina 240mg s.c.	morfina 160mg s.c. + metadon 24mg p.o	zgon
H.F.	K	61	Rak tarczycy, rozsiew	Niewystarczająca analgezja	8	5–6	morfina 400mg p.o.	morfina 260mg p.o. + metadon 12mg	zgon
Ł.K.	M	32	ZZSK, odleżyny	Niewystarczająca kontrola bólu	6	2–3	fentanyl TTS 25µg/h + morfina 10 mg s.c.	fentanyl TTS 25µg/h + metadon 15mg	Kontynuacja leczenia
J.L.	K	80	SM, odleżyny	Niewystarczająca kontrola bólu	6	1–2	tramadol 400mg + ibuprofen 600mg	metadon 20mg	Kontynuacja leczenia
W.J.	K	74	Rak sutka, rozsiew	Niewystarczająca kontrola bólu	6	2	fentanyl TTS 100µg/h + morfina 20mg p. o.	metadon 12mg p.o.	zgon

Źródło: materiał własny.

Pacjent 1

T. K.: 61-letnia kobieta z rozpoznaniem raka jasnokomórkowego prawej nerki 5 lat temu, po prawostronnej nefrektomii, od 1,5 roku z potwierdzonym rozsiewem nowotworu do kręgosłupa lędźwiowego, kości krzyżowej oraz kości biodrowych, a także ze wznową miejscową i w okołoaortalnych węzłach chłonnych. Pacjentka zgłaszała dolegliwości bólowe o dużym nasileniu (VAS 7–9) głównie o charakterze kostnym i neuropatycznym, słabo reagujące na ordynowane leczenie przeciwbólowe. Paliatywne napromienianie kręgosłupa nie przyniosło efektu. W lipcu 2004 chora przyjęta na Oddział Paliatywny, gdzie zmodyfikowano leczenie bólu, podając doustnie: 300 mg morfiny o przedłużonym działaniu co 12 godzin, 300 mg gabapentyny co 8 godzin, 100 mg ketoprofenu co 8–12 godzin, 8 mg deksametazonu na dobę, kłodronian sodu 800 mg co 12 godzin oraz 10 mg amitryptyliny co 8 godzin. Uzyskano kontrolę bólu na poziomie VAS 4. Chora podawała wystarczające opanowanie bólu, podjęła także rehabilitację ruchową. W okresie późniejszym dokonano zmiany w sposobie podawania morfiny (podskórnie) i ustalono dawkę na 240 mg na dobę (pozostałe leki podawano w dotychczasowym schemacie, z wyjątkiem zmniejszenia dawki deksametazonu do 4 mg na dobę i amitryptyliny 60 mg na dobę). W grudniu 2004 stan chorej gwałtownie pogorszył się, w badaniach laboratoryjnych zaobserwowano narastanie wartości mocznika i kreatyniny kilkakrotnie przekraczające normę, anurię, a także znaczne nasilenie bólu (VAS 8) bez reakcji na dodatkowe dawki morfiny. Włączono do leczenia metadon, stopniowo odstawiając morfinę, uzyskano poprawę kontroli bólu (VAS 5–6). Stan kliniczny chorej szybko pogarszał się. Nie dokonano pełnej rotacji opioidowej z powodu zgonu pacjentki. W ostatniej dobie życia chora otrzymywała 24 mg metadonu doustnie w trzech dawkach podzielonych oraz 160 mg morfiny na dobę, podawanej podskórnie.

Pacjent 2

H. F.: 61-letnia kobieta z rakiem tarczycy w stadium rozsiewu do nadnerczy i węzłów chłonnych nadobojczykowych oraz okołoaortalnych, przyjęta w ciężkim stanie na Oddział Paliatywny, w logicznym kontakcie werbalnym skrajnie wyniszczona, z nasilonymi dolegliwościami bólowymi (VAS 7) głównie o charakterze neuropatycznym, szczególnie w okolicy nadobojczykowej lewej. W dotychczasowym leczeniu przeciwbólowym stosowała doustnie: 200 mg morfiny o przedłużonym działaniu co 12 godzin, 25 mg amitryptyliny co 12 godzin, 200 mg karbamazepiny co 12 godzin, 300 mg gabapentyny co 12 godzin, 100 mg ketoprofenu co 8–12 godzin oraz 16 mg deksametazonu dożylnie w dwóch dawkach na dobę. Rozpoczęto rotację z morfiny na metadon z dobrym skutkiem przeciwbólowym (zmniejszenie nasilenia bólu wg VAS do 3)

już po dołączeniu 6 mg metadonu doustnie. Dawkę dobową zwiększono do 12 mg w trzech dawkach podzielonych, przy równoczesnym zmniejszeniu dawki doustnej morfiny do 130 mg co 12 godzin. Pacjentka informowała nas o dobrej kontroli bólu do czasu śmierci, która nastąpiła w czwartej dobie od włączenia metadonu.

Pacjent 3

Ł. K.: 32-letni mężczyzna z rozpoznaniem zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa, w jego przebiegu unieruchomiony w łóżku. W chwili przyjęcia chory niesamodzielny, wyniszczony, z licznymi odleżynami, m.in. na piętach i kości krzyżowej, oraz owrzodzeniami podudzi. W wywiadzie stwierdzono schizofrenię paranoidalną (obecnie kontrolowana lekami), podejrzenie choroby Leśniowskiego-Crohna. Przy przyjęciu pacjent przytomny, z dobrym kontaktem, przy zmianie opatrunków zgłaszał bardzo nasilone dolegliwości bólowe (VAS 8–9). Na początku leczenia stosowano fentanyl 25 µg/h przezskórnie oraz morfinę doustnie 5–10 mg przed opatrunkami, a także ketoprofen 2x100 mg. Zmodyfikowano sposób podawania morfiny na podskórny (10 mg na dobę), uzyskując nieco lepszą, ale wciąż niezadowalającą kontrolę bólu (VAS 6). Próby podnoszenia dawek opioidów nie przynosiły efektów w postaci opanowania bólu, wobec czego włączono do leczenia metadon, stopniowo wycofując się z podawania morfiny. W chwili obecnej pacjent przyjmuje doustnie 15 mg metadonu na dobę w trzech dawkach co 8 godzin oraz 25 µg/h fentanylu przezskórnie (nasilenie bólu zmniejszyło się w skali VAS do 2–3).

Pacjent 4

J. L.: 80-letnia kobieta z uogólnioną miażdżycą, wieloletnim stwardnieniem rozsianym, z nasilonymi dolegliwościami bólowymi ze strony odleżyn na kości krzyżowej (VAS 6). Chora dotychczas leczona tramadolem w dobowej dawce 400 mg (2x200 mg) w połączeniu z ibuprofenem 3x200 mg. Z uwagi na złą tolerancję leczenia bólu morfiną, stwierdzoną w wywiadzie, włączono metadon sposobem konserwatywnym w dawce początkowej 3x1,5 mg. Dawkę ustalono po 12 dniach na poziomie 20 mg metadonu na dobę w dwóch dawkach podzielonych, uzyskując ustąpienie dolegliwości bólowych (VAS 1–2).

Pacjent 5

W. J.: 74-letnia kobieta z rakiem sutka lewego w stadium rozsiewu do kości i węzłów chłonnych, przyjęta na Oddział Paliatywny z nasilonymi dolegliwościami bólowymi (VAS 7) o charakterze kostnym i neuropatycznym, z nasilonymi obrzękami limfatycznymi lewej kończyny górnej i obydwu kończyn dolnych. Chora zażywała fentanyl TTS w dawce 100 µg/h, 10 mg morfiny szybko działają-

cej doraźnie (zwykle stosowała co 8–12 godzin doustnie), ketoprofen 100 mg co 8 godzin. Stopniowo włączano do leczenia przeciwbólowego następujące adjuwanty: amitryptylinę co 8 godzin w schemacie 10 mg–25 mg–25 mg, karbamazepinę – 200 mg co 8 godzin, kłodronian sodu – 400 mg co 12 godzin, 100 mg gabapentyny co 8 godzin oraz 3 mg deksametazonu co 8 godzin. Uzyskano poprawę stanu ogólnego pacjentki i ustąpienie dolegliwości bólowych (VAS 3).

Jednakże po 8 tygodniach pobytu na Oddziale nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia chorej oraz nasilenie bólu o charakterze kostnym (VAS 6), bez pozytywnej reakcji na zwiększanie dobowej dawki morfiny. Włączono do leczenia metadon z zamiarem dokonania rotacji z fentanylu i morfiny.

W pierwszej dobie odstawiono morfinę i podano metadon w dawce 4 mg na dobę w dwóch dawkach podzielonych (w południe i wieczorem). Uzyskano nieznacznie lepszą kontrolę bólu (VAS 5). W drugiej dobie zmniejszono dawkę fentanylu TTS ze 100 µg/h do 75 µg/h, natomiast metadon zastosowano w dawkach po 2 mg co 8 godzin. Pacjentka zgłaszała zadowolającą kontrolę bólu na poziomie VAS 3, mimo systematycznie pogarszającego się stanu zdrowia i narastającego osłabienia. W piątej dobie zredukowano dawkę fentanylu TTS do 50 µg/h i zwiększono dobową dawkę metadonu do 12 mg (w trzech dawkach podzielonych po 4 mg). W dziewiątej dobie chora zgłosiła jednorazowo ból przebijający o nasileniu 5 w skali VAS – podano 2 mg metadonu p.o. z dobrym skutkiem. W jedenastej dobie całkowicie odstawiono fentanyl.

W trzynastej dobie leczenia nastąpiła utrata kontaktu słownego z chorą, nasiliły się obrzęki kończyn dolnych o charakterze krążeniowym. Odstawiono leki doustne. Zachowanie chorej nie wskazywało na obecność bólu. Zgon pacjentki nastąpił w czternastej dobie po włączeniu metadonu do leczenia w wyniku niewydolności krążenia.

Dyskusja

Jednym z największych problemów u pacjentów z bólem związanym z zaawansowaną chorobą nowotworową jest potrzeba szybkiego zwiększania dawki silnych opioidów bez spodziewanej adekwatnej kontroli bólu. Sytuacja taka wymaga wnikliwej analizy, ponieważ mniejszy efekt przeciwbólowy tej samej lub nawet wyższej dawki stosowanych leków opioidowych może być, jak wspomniano, wynikiem 1) rozwoju zjawiska tolerancji na opioidy, 2) osobniczo zmiennych różnic w farmakokinetyce leków, 3) progresji choroby, 4) niestosowania się pacjenta do schematu dawkowania przepisanych leków¹⁷. Najczęst-

¹⁷ J. C. Crews, *Clinical Efficacy of Methadone in Patient Refractory to other μ -opioid receptor agonist analgesics for management of terminal cancer pain*, "Cancer" 1993, no. 72, p. 2266–2272.

szymi przyczynami takiego stanu są – spośród wyżej wymienionych – rozwój nowotworu i zjawisko tolerancji.

Powyższe sytuacje kliniczne 1 i 2 oraz 5 ilustrują problem nasilenia bólu związanego z progresją choroby w terminalnym jej okresie. Dotychczasowe leczenie kontrolujące ból przestaje być wystarczające, a zwiększanie dawek przyjmowanych leków przeciwbólowych i dodawanie adjuwantów nie daje pożądanego rezultatu. Jakie mamy zatem alternatywy postępowania, jeśli leczenie bólu znajduje się na najwyższym stopniu drabiny analgetycznej?

Na rynku leków w Polsce mamy dostępne obecnie cztery silne opioidy z trzeciego stopnia drabiny analgetycznej czystych agonistów receptora opioidowego: morfinę, fentanyl i metadon oraz częściowego agonistę receptora opioidowego – buprenorfinę. W większości ośrodków medycyny paliatywnej w Polsce najszersze zastosowanie ma morfina, m.in. ze względu na powszechną dostępność różnorodnych form tego leku (tabletki o przedłużonym działaniu, doustne formy szybko działające, roztwór do wstrzykiwań), jak również z powodu jasnych i prostych reguł stosowania. Z kolei fentanyl dostępny jest w lecznictwie otwartym jedynie w formie transdermalnej, co ogranicza nieco jego zastosowanie jako samodzielnego leku z trzeciego stopnia drabiny analgetycznej. Buprenorfina dostępna jest zarówno w formie przezskórnej, jak również w postaci szybko działających tabletek podjęzykowych. Jest 60–100 razy silniejszym lekiem od morfiny, jednak poważnym ograniczeniem jej stosowania jest brak refundacji plastrów.

Metadon jest lekiem, który ma wiele zalet w porównaniu z innymi silnymi opioidami, jednakże szeroko dostępna jest na naszym rynku leków jedynie forma doustnego syropu, niestety w pełni odpłatna dla pacjenta. Dotychczas w Polsce zastosowanie metadonu ograniczało się niemal wyłącznie do terapii substytucyjnej w przypadku uzależnienia od morfiny czy heroiny, mimo że jego działanie analgetyczne było dobrze znane.

Mimo wielu zalet, nie należy zapominać o trudnościach w stosowaniu metadonu, które decydują o jego miejscu w leczeniu przewlekłego bólu – są to szczególne sytuacje kliniczne, takie jak szybkie narastanie tolerancji na opioidy czy toksyczność spowodowana terapią opioidami. Można także rozważać zastosowanie metadonu jako leku pierwszego rzutu w leczeniu bólu neuropatycznego. Niektórzy autorzy¹⁸ uważają, że u około 80% pacjentów z zaawan-

¹⁸ E. Bruera, J. J. Franco, M. Maltoni, *Changing pattern of agitated impaired mental status in patients with advanced cancer: association with cognitive monitoring, hydration and opioid rotation*, "J Pain Symptom Manage" 2001 no. 21, p. 397–406; N. J. Cherny, V. Chang, G. Frager, *Opioid pharmacotherapy in the management of cancer pain: a survey of strategies used by pain physicians for the selection of analgesic drugs and routes of administration*, "Cancer" 1995, no. 76, p. 1283–1293.

sowaną chorobą nowotworową powinno się dokonywać zmiany opioidu lub drogi jego stosowania. Okresowa rotacja opioidów jest jedną ze strategii doskonalenia kontroli bólu. Pozwala na redukcję toksyczności związanej ze stosowaniem opioidów i zapobiega rozwojowi zjawiska tolerancji opioidowej, w wielu przypadkach prowadzi również do zmniejszenia zarówno dawki opioidów, jak też adjuwantów.

Warto pamiętać, że coraz większy arsenał silnych leków przeciwbólowych może ograniczyć zapotrzebowanie na specjalistyczne, inwazyjne metody opamowywania dolegliwości bólowych, co w obecnej sytuacji niedofinansowania rodzimnej opieki zdrowotnej ma duże znaczenie.

Wnioski

Metadon z powodzeniem może zastępować morfinę lub fentanyl w leczeniu bólów nowotworowych, zwłaszcza w skomplikowanych sytuacjach klinicznych. Zastosowanie metadonu w niektórych przypadkach pozwala uniknąć obciążającego inwazyjnego leczenia przeciwbólowego.

Celowe wydaje się wprowadzenie wzorem innych krajów (USA, Izrael, Kanada) parenteralnych postaci metadonu w Polsce.

Metadon zastosowany w terapii przeciwbólowej powinien mieć zniesioną odpłatność, podobnie jak inne opioidy, co wielokrotnie postulował prof. J. Łuczak. Lek ten stosowany w terminalnych stadiach choroby nowotworowej nie powinien finansowo obciążać chorego, gdyż może być zastosowany jako lek pierwszego rzutu.

Bibliografia

Jarosz J. (red.), *Leczenie bólów nowotworowych, w: Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych*, Polska Unia Onkologii.

Cancer Pain Relief, WHO, Genewa 1986.

Gumułka W. S. *Narkotyczne leki przeciwbólowe*, w: *Farmakologia. Podstawy farmakoterapii*, Kostowski W. (red.), Warszawa 1998, s. 911–922.

Krajnik M., Żylicz Z., *Metadon w leczeniu bólu nowotworowego*, „Polska Medycyna Paliatywna” 2002, nr 1, s. 15–22.

Denson D. D., Concilus R. R., Gregg R. V., Crews J. C. *The correlation between predicted and measured patient specific analgesic concentrations after intravenous titration: a guide for initial maintenance requirements with methadone*, „Journal of Clinical Pharmacology” 1990, no. 30, p. 1049–1054.

Gouldin W. M., Kennedy D. T., Small R. E., *Methadone: History and Recommendations for Use in Analgesia*, "American Pain Society Bulletin" 2000, no. 10(5).

Mercadante S., *Methadone in cancer pain*, "Eur J Pain" 1997, no. 1, p. 77–85.

Fainsinger R., Schoeller T., Bruera E., *Methadone on the management of cancer pain: a review*, "Pain" 1993, no. 52, p. 137–147.

Persky V. W., Godfrank L. R. *Methadone overdoses In a New York City Hospital*, "JACEP" 1976, no.5. p. 111–113.

Bruera E., Sweeney C. *Methadone use in cancer patients with pain: a review*, "J Pall Med" 2002, no. 5, p. 127–138.

Ayonrinde O. T., Bridge D.T., *The rediscovery of methadone for cancer pain management*, "Med J Austral." 2000, no. 173, p. 536–540.

Brown R., *Methadone: applied pharmacology and use as adjunctive treatment in chronic pain*, "Postgrad Med J." 2004, no. 80, p. 654–659.

Bruera E., Pereira J., Watanabe S., *Opioid rotation in patients with cancer pain. A retrospective comparison of dose ratios between methadone, hydromorphone and morphine*, "Cancer" 1996, no. 78, p. 852–857.

Leppert W., Kotlińska-Lemieszek A., Łuczak J., Kluziak M., *Wstępne doświadczenia w leczeniu bólu nowotworowego metadonem*, „Polska Medycyna Paliatywna” 2004, nr 1, s. 9–20.

Crews J. C., *Clinical Efficacy of Methadone in Patient Refractory to other μ -opioid receptor agonist analgesics for management of terminal cancer pain*, "Cancer" 1993, no. 72, p. 2266–2272.

Bruera E., Franco J. J., Maltoni M., *Changing pattern of agitated impaired mental status in patients with advanced cancer: association with cognitive monitoring, hydration and opioid rotation*, "J Pain Symptom Manage" 2001 no. 21, p. 397–406.

Cherny N. J., Chang V., Frager G., *Opioid pharmacotherapy in the management of cancer pain: a survey of strategies used by pain physicians for the selection of analgesic drugs and routes of administration*, "Cancer" 1995, no. 76, p. 1283–1293.

Ripamonti C., Bianchi M. *The use of methadone for cancer pain*, Hematol Oncol Clin N Am 2002,16: 543–555.

Walden Gałuszko de K., Majkowicz M.: *Praktyczne sposoby oceny efektywności opieki paliatywnej*. w: *Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych*, Gdańsk, 2001, 79–87.

Grażyna Makiełło-Jarża

Rodzina wobec choroby i cierpienia dziecka

Rodzina jest pierwszym i podstawowym środowiskiem człowieka; z nią związane jest całe jego życie. Każdy z nas wywodzi się z rodziny generacyjnej, zwanej też rodziną pochodzenia. Większość z nas zakłada rodzinę własną, zwaną rodziną prokreacyjną. Nazwa ta odnosi się do jednej z podstawowych funkcji rodziny, jaką jest prokreacja. Funkcja prokreacyjna rodziny realizowana była różnie, w zależności od wielu czynników społecznych i kulturowych. We współczesnym świecie prawidłowe wypełnianie tej funkcji wiąże się nie z liczbą potomstwa, lecz z jakością opieki nad nim. Wiele funkcji, jakie pełni rodzina, związanych jest z wychowywaniem dzieci, zapewnieniem im dobrobytu, poczucia bezpieczeństwa i akceptacji. Wszyscy członkowie rodziny pełnią wynikające z uczestnictwa w niej funkcje społeczne: role matki, ojca, dzieci, dziadków i innych bliskich członków rodziny. Role te są również uwarunkowane kulturowo. W zależności od zanurzenia w danej kulturze, a także od czasu historycznego role te są mniej lub bardziej wyraziste. Kultura europejska wyraźnie różnicowała role matki i ojca. Ojciec sprawował władzę, ale również wprowadzał w świat wartości, matka dawała poczucie bezpieczeństwa i akceptacji. Porot, opisując relacje między rodzicami i dziećmi, wymieniał ze strony rodziców miłość i władzę, a ze strony dzieci miłość i posłuszeństwo.

Współcześnie role rodzicielskie coraz bardziej upodobniają się do siebie, a zjawisko to ma swoje dobre i złe strony. Zrozumienie interakcji i wzajemnych wpływów członków rodziny na siebie ułatwia przyjęcie paradygmatu systemowego – rodzinę można traktować jako system. Systemowe rozumienie zjawisk otaczającego nas świata zawdzięczamy L. von Bertalanffemu, który jako pierwszy stwierdził, zgodnie z wykładnią Arystotelesa, iż system jest całością złożoną i jest czymś więcej niż tylko sumą części. System tworzą nie tylko osoby i zjawiska, ale także relacje między nimi. Przyczynowość różnorodnych zjawisk występujących w rodzinie nie jest rozpatrywana w kategoriach linearnych, lecz w cyrkularnych. Przyczynowość cyrkularna pozwala na zrozumienie wzajemnego oddziaływania na członków rodziny wszystkich zjawisk i interakcji, które w niej zachodzą. To, co dotyczy jednego z członków rodziny, w zasadniczy spo-

sób wpływa na charakter jej funkcjonowania. Choroba i przeżycia z nią związane dotyczą nie tylko chorego, ale wszystkich członków rodziny, co, zgodnie z prawem przyczynowości cyrkularnej, zakłóca normalnie dotąd funkcjonujący system. Należy również założyć, iż samą chorobę dziecka można potraktować jako stan, którego się nie spodziewamy. Dzieciństwo opisywane jest, nie tylko przez psychologa zajmującego się rozwojem człowieka, jako sekwencja zmian o charakterze progresywnym. Dzieciństwo kojarzy się ze zdrowiem, a wiek średni czy podeszły jest okresem zmian o charakterze inwolucyjnym, okresem, w którym trapią nas różne choroby. Zatem choroba dziecka to dysonans, to stan, którego się nie spodziewamy, z którym się nie godzimy. Normalne i w miarę przewidywalne są jedynie tak zwane choroby wieku dziecięcego. Nie potrafimy jednak zrozumieć, dlaczego dziecko, a tym bardziej nasze dziecko ulega różnego rodzaju ciężkim, niekiedy terminalnym chorobom, rodzi się z wadą rozwojową, ulega wypadkom. Dziecko, zwłaszcza to całkiem małe, nie rozumie, co się z nim dzieje, nie potrafi powiedzieć, co mu dolega, cierpi niezrozumiane. Nieco starsze czasem więcej wie o swojej chorobie niż wydaje się to najbliższym, często jednak boi się swoją wiedzę przekazać dorosłym. Reakcja rodziców na chorobę dziecka zależy od wielu czynników, takich jak: wiek dziecka, stan zagrożenia, jakie niesie ze sobą choroba, rodzaj choroby czy wady rozwojowej.

C. Cunningham opisuje kilka etapów obserwowanych u rodziców, związanych z przystosowaniem się do niepełnosprawności umysłowej dziecka. Sądzę, że etapy te można zaobserwować również u rodziców dziecka chorego. Piszą o nich tacy autorzy, jak J. C. Ewert, M. M. Greek i L. Rosen. Pierwszy etap to okres szoku, zwany także okresem krytycznym lub okresem wstrząsu emocjonalnego – występuje on po usłyszeniu diagnozy o wadzie czy chorobie. Komponentami wstrząsu są rozpacz, lęk, poczucie krzywdy, bezradność i beznadzieja. Występuje też znaczne obniżenie nastroju, przejawiające się płaczem, zaburzeniami snu i łaknienia oraz stanami lękowymi. Niektórzy ludzie reagują w tym okresie agresją, często kierowaną przeciw Bogu, lekarzom czy członkom rodziny.

Okres wstrząsu przechodzi w okres kryzysu emocjonalnego. Przebiega on inaczej u rodziców dziecka niepełnosprawnego, u których dominuje wtedy poczucie winy, klęski życiowej i beznadziei. U rodziców dzieci chorych przebieg kryzysu zależy od rodzaju choroby, nasilenia jej objawów, a zwłaszcza od rokowania. Im jest ono gorsze, tym poczucie rozpacz i beznadziei większe. Śpiączka cukrzycowa, atak padaczki czy astmy w pierwszym etapie choroby wywołuje paniczny lęk, który niejednokrotnie udziela się dziecku. Rodzina może sądzić, że każde zaostrzenie choroby to sygnał zbliżającej się śmierci.

Po tym pełnym rozpacz, lęku, a także braku wiedzy o chorobie okresie rodzina wchodzi w następny, zwany przystosowaniem się pozornym. Jest to okres

intensywnego poszukiwania sposobów leczenia. U rodziców dzieci niepełnosprawnych jest okresem wiary, że inny lekarz czy nawet znachor sprawi, iż dziecko będzie się rozwijać tak, jak wszystkie dzieci w jego wieku. Rodzice dziecka chorego w tym okresie oswiają się z diagnozą i z przebiegiem choroby, ale jednocześnie odwiedzają wciąż nowych specjalistów w oczekiwaniu, że zmienią oni diagnozę i zastosują jakieś leczenie błyskawicznie poprawiające stan zdrowia dziecka. W tym okresie obserwuje się również rozwój mechanizmów obronnych w postaci „szukania winnego” wystąpienia samej choroby (skłonności dziedziczne, za które odpowiedzialna jest rodzina partnera) oraz braku poprawy, mimo leczenia (winą są obarczani przeważnie lekarze). Niekiedy rodzice uważają, iż choroba dziecka jest karą bożą za ich postępowanie. Zastanawiają się, dlaczego obiektem „kary” są nie oni sami, ale ich dziecko. Przystosowanie pozorne niesie ze sobą jeszcze jedno niebezpieczeństwo – rezygnację. Polega ona na utracie wiary w powodzenie leczenia, niekiedy przerwaniu wizyt u lekarza, nieprzestrzeganiu zażywania leków. Można zaobserwować zjawisko oddalania się od dziecka (co może być uznane za mechanizm obronny). Rodzice chętnie umieszczają dziecko w szpitalu bądź w sanatorium.

Ostatni etap przystosowania się rodziców do choroby dziecka to okres przystosowania się właściwego, zwanego także konstruktywnym. Rodzice, jak pisze I. Obuchowska, już nie próbują nadaremnie odpowiedzieć sobie na pytanie: „Dlaczego to my i nasze dziecko?”, ale stawiają pytanie konstruktywne: „Jak możemy w najlepszy sposób pomoc naszemu dziecku?”

W każdym z opisanych powyżej etapów zachowanie rodziców i sposób przeżywania przez nich choroby wpływają zarówno na zachowanie chorego dziecka, jak i zdrowego rodzeństwa. Rodzice lub też jedno z nich nie zwracają uwagi na to, że ich rozpacz czy gniew są zauważane zarówno przez chore, jak i zdrowe dzieci. Dziecko chore, obserwując rozpacz rodziców, intuicyjnie sądzi, że jego choroba stanowi ogromne zagrożenie i na pewno nie da się jej wyleczyć. Staje się smutne, zamknięte w sobie, oddalone od rodziców. Zdrowe rodzeństwo ma przed sobą obraz chorego brata czy siostry, a jednocześnie obserwuje smutek rodziców, w efekcie i ono zaczyna bać się choroby. Dzieci zdrowe niekiedy obarczają się poczuciem winy. Uważają, że to ich zachowanie czy „złe myśli” dotyczące chorego spowodowały na niego obecny stan. Reakcje zarówno chorego, jak i zdrowych są uzależnione także od wzajemnych relacji między członkami rodziny, na które choroba ma niewątpliwy wpływ. Relacje te zależą od bardzo wielu czynników. Można obserwować różnicowane postawy – od altruistycznych, pełnych poświęcenia, do skrajnie egoistycznych. Zdarza się, że jedno z rodziców (z badań wynika, że częściej jest to ojciec) opuszcza dom. Niekiedy pod pretekstem konieczności zdobywania dodatkowych funduszy na leczenie podejmuje dodatkowe zajęcia, stając się „rodzicem

nieobecny”. Zdrowe dzieci mogą być przeciążane obowiązkami wynikającymi z koncentracji rodziców na chorym dziecku. Ono zaś może niekiedy czerpać specyficzne gratyfikacje, wypływające z faktu choroby. Staje się wtedy coraz bardziej roszczeniowe i egoistyczne. Należy dodać, że takie kapryśne zachowanie może być swego rodzaju testem: „Jeśli mi niczego nie odmawiają i robią wszystko, czego chcę, to znaczy, że jestem poważnie chory”.

Jeśli leczenie tego wymaga, dziecko jest kierowane do szpitala. Zostaje wtedy oddzielone od swych bliskich, a czasem, dla dobra leczenia, pozbawione kontaktów z nimi. Czuje się zdradzone, osamotnione i przerażone. Znane jest, opisane przez angielskiego psychiatrę J. Bowlby’ego, zjawisko choroby szpitalnej. Bowlby wyodrębnił trzy jej stadia. Są to: stadium protestu – dziecko reaguje na pobyt w szpitalu złością, płaczem, domaga się obecności rodziców. Ponieważ najczęściej zachowanie to niczego nie zmienia w sytuacji dziecka, po pewnym czasie obserwuje się drugie stadium – rozpacz. Dziecko zamyka się w sobie, płacze, odmawia przyjmowania pokarmów, broni się przed badaniami lekarskimi. Groźne dla zdrowia jest przejście do trzeciego stadium choroby – zobojętnienia (wyparcia). Dziecko pozornie przystosowuje się, odzyskuje apetyt, podporządkowuje się rygorom szpitalnym, ale jednocześnie unika bliższych kontaktów, ignoruje rodziców podczas odwiedzin i demonstruje obojętność wobec nich po powrocie do domu. Psychologowie sądzą, iż wejście dziecka w trzecie stadium choroby szpitalnej może w przyszłości prowadzić do poważnych zaburzeń emocjonalnych.

Można zauważyć znaczący paradoks: lecząc dziecko pogłębiamy niekiedy jego cierpienie. Nie w sensie fizycznego bólu spowodowanego samą chorobą czy zabiegiem operacyjnym, ale cierpienie spowodowane osamotnieniem, lękiem przed nieznanym, oczekiwaniem na bolesne zabiegi, brakiem kontaktu z bliskimi, oderwaniem się od dotychczasowych zajęć, niemożnością kontaktu z rówieśnikami. Lęk dziecka, zwłaszcza kilkunastoletniego, może być pogłębiony przez całą rzeczywistość szpitalną. Dziecko kontaktuje się z innymi pacjentami, obserwuje pogorszenie stanu zdrowia u niejednego z nich.

Wiedząc, że cierpi na tę samą chorobę, co kolega, przewiduje, że i jego stan ulegnie pogorszeniu. Chore dzieci uzyskują znaczącą świadomość swego stanu, co oczywiście przyczynia się do pogłębienia lęku. Z badań Trzęsowskiej-Greszty, przeprowadzonych na dzieciach chorujących na białaczkę (w czasie przeprowadzania badań dzieci były w okresie remisji), można wnioskować, że powstaje swoisty mechanizm „błędnego koła” w relacjach rodzice–chore dziecko. Rodzice znają diagnozę, wiedzą, że jest ona bardzo niepomyślna, ale nie chcą, aby dziecko dowiedziało się o rozmiarze zagrożenia. Boją się, że w bliskim kontakcie z dzieckiem nie zdołają opanować rozpacz. Dlatego rozmawiają z nim o sprawach obojętnych, ograniczają kontakty bezpośrednie, nie

przytulają, nie całują, boją się okazać ból, nie okazują emocji. Dziecko, jak wynika z badań, odczytuje ich zachowanie jako wyraz obojętności: „Rodzice nie całują, nie obejmują, zawiodłem ich, przestali mnie kochać, bo jestem chory, jestem powodem ich zmartwień”.

E. Wielgosz uważa, że porozumienie z rodzicami utrudnia to, iż dzieci, wiedząc o swej chorobie, zachowują milczenie. Badaczka przytacza także opinię M. Bringer, która twierdzi, że dziecko w ten sposób ochrania rodziców przed kłopotliwą dla nich sytuacją.

Problemy, jakie stają przed rodziną zmagającą się z chorobą, kalectwem czy też niepełnosprawnością dziecka, są olbrzymie i powyżej zostały zaledwie zarysowane. Każda taka rodzina wymaga nie tylko oddziaływań medycznych, ale wsparcia ze strony wszystkich profesjonalistów, którzy z nią się stykają. Tak jak istnieje przyczynowość cyrkularna w relacjach między członkami rodziny, tak istnieje ona także w relacjach między rodziną a personelem medycznym. Warto o tym pamiętać i zdawać sobie sprawę z tego, że duże znaczenie zarówno dla chorych dzieci, jak i ich rodzin ma taki sposób zachowania, który świadczy o zainteresowaniu pacjentem, jego lękiem, niepewnością, buntem, a nie wyłącznie jego chorobą.

Bibliografia

- Porot M., *L'enfant de relations familiales*, Paris 1979.
- Bertalanffy von L., *Ogólna teoria systemów*, Warszawa 1984.
- Cunningham C., *Dzieci z zespołem Downa*, Warszawa 1994.
- Twardowski A., *Rodzina a dziecko niepełnosprawne*, w: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Obuchowska I. (red.), Warszawa 1991.
- Obuchowska I., Krawczyński M., *Chore dziecko*, Warszawa 1991.
- Bowlby J., *Separation-Anxiety and Anger*, New York 1973.
- Trzęsowska-Greszta E., *Poczucie więzi emocjonalnej z rodzicami u dzieci chorujących na białaczkę*, niepublikowana praca doktorska, Kraków 1995.
- Wielgosz E., *Wychowanie dzieci niesprawnych somatycznie*, w: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Obuchowska I. (red.), Warszawa 1991.

Agnieszka Starzykiewicz, Michał Stolarek

Miłość i muzyka jako formy terapii bólu i cierpienia u dzieci onkologicznie chorych

Wprowadzenie

Celem opracowania jest ukazanie roli miłości i muzyki jako form terapii, które mogą przyczynić się do redukcji bólu i cierpienia u dzieci onkologicznie chorych.

Zdajemy sobie sprawę, że o wiele trudniejsze jest przeżywanie choroby nowotworowej przez małe i starsze dzieci. Ciągłe badania, testy, nakłucia, różne metody leczenia sprawiają, że mały pacjent zaczyna odczuwać ból i lęk już nie z powodu samej choroby, ale z postępowania leczniczego, na jakie jest skazane. Nasilane są one przez czynniki psychiczne (niepokój, złość i depresję). Niekiedy ból jest następstwem uszkodzenia nerwów w czasie leczenia¹. Dla dziecka choroba nowotworowa związana jest również z rozłąką z rodzicami, znalezieniem się w nowym miejscu i pomiędzy obcymi ludźmi.

Warto zastanowić się, co można uczynić w celu poprawy stanu psychicznego dziecka z chorobą nowotworową, na szczególną uwagę zasługuje jedność psychosomatycznego organizmu.

Cierpienie i ból u dzieci z chorobą nowotworową

Cierpienie jest jednym z bardziej dominujących doznań życiowych, gdyż powoduje zarówno ból fizyczny, jak i duchowy. W cierpieniu doświadczamy przeżycia bezradności, co stanowi granice naszej wolności. Chociaż przyczyną cierpienia jest ból, to nie jest ono z nim tożsame. Jest ono czymś więcej – jest przeżyciem. Bez tego przeżycia bólu, bez refleksji nad nim trudno byłoby mówić o cierpieniu².

Warzeszak i Adams, analizując cierpienie dzieci i młodzieży chorującej na raka, wskazują wyraźnie, że cierpienie jest czymś innym niż ból. Źródła

¹ J. Pawłęga, *Zarys onkologii – podręcznik dla studentów i lekarzy*, Kraków 2002, s. 182.

² T. Gadacz, *O umiejętności życia*, Kraków 2002, s. 200.

cierpienia są bardziej złożone, zasięg znacznie szerszy, a czas trwania dłuższy. W odróżnieniu od bólu, który związany jest z doznaniem fizycznymi i stresującymi następstwami zaburzeń wynikających z choroby, uszkodzenia ciała i zaburzeń czynności organizmu, cierpieniu przypisywane jest intensywne przeżywanie przykrych odczuć emocjonalnych i cielesnych³.

Na podstawie przytoczonych spostrzeżeń cierpienie można definiować jako przykry stan zarówno psychiczny, fizyczny, jak i duchowy, który obejmuje wszystkie wymiary egzystencji człowieka, czyli zarówno odczucia emocjonalne, jak i cielesne. Przypisuje się mu znaczenie i sens oraz kształtuje się wobec niego określoną postawę.

Medyczny obraz walki z cierpieniem osób chorych onkologicznie odnosi się często jedynie do metod zwalczania i łagodzenia bólu fizycznego. Ból fizyczny skutecznie można załagodzić, stosując środki medyczne, nie jest to jednak jedyna forma cierpienia, jaka dotyka osobę z chorobą nowotworową. Na szersze ujęcie rzeczywistości cierpienia i bólu, które staje się udziałem osoby chorej onkologicznie, wskazuje nam koncepcja cierpienia totalnego, zaproponowana przez Winklera. Opracowane przez niego ujęcie istoty cierpienia stwarza możliwość holistycznego oglądu problemu traum doświadczanych przez pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową. Istotą tego cierpienia jest jego „totalność”, czyli wpływ na funkcjonowanie całego człowieka: na jego reakcje, myśli i uczucia, opanowuje on wszystkie sfery ludzkiego życia – jest wszechogarniające⁴.

Winkler rozróżnia cztery wymiary cierpienia totalnego. Pierwszym jest ból fizyczny wynikający z samego procesu chorobowego, z następstw leczenia i przeprowadzanych badań. Drugim wymiarem jest cierpienie socjalne – związane ze zmianą u pacjenta jego pozycji w rodzinie, w społeczeństwie i w instytucji szpitala, z wyrwaniem chorego ze środowiska społecznego, utratą kontaktów z przyjaciółmi. Winkler wskazuje również na emocjonalny wymiar cierpienia, związany z lękiem przed rozpoznaniem choroby nowotworowej, następnie z lękiem przed rozpoczęciem terapii i lękiem przed samym bólem nierozzerwalnie związanym z chorobą. Ostatnim składnikiem bólu totalnego jest cierpienie duchowe, na które składa się towarzyszący wielu pacjentom lęk przed śmiercią, przed zmianą wyglądu oraz pytania o przyczyny i skutki doświadczanego przez nich cierpienia, beznadziei i bezradności⁵.

Z powyższego opisu łatwo można wywnioskować, że rzeczywistość, w jakiej znajduje się osoba z chorobą nowotworową, związana jest z ogólnym cier-

³ J. Binnebesel, *Opieka nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową w doświadczeniu pacjentów*, Toruń 2003, s. 17.

⁴ *Ibidem*, s. 21.

⁵ *Ibidem*, s. 45–46.

pieniem dotykającym każdej sfery jej życia i wszechobecnym lękiem przed tym, co ją czeka.

Ból u dzieci jest powszechnie lekceważony, często wręcz ignorowany, a walka z nim – niedostateczna. Ból bywa związany z samą chorobą lub zabiegami diagnostyczno-leczniczymi. Dzieci niesłusznie dostają mniej leków przeciwbólowych niż dorośli, bagatelizuje się skargi dziecka lub nie daje im wiary. W świadomości personelu medycznego utrzymują się jeszcze fałszywe przekonania, że dzieci odczuwają ból w mniejszym stopniu niż dorośli, że leczenie musi wiązać się z bólem, że ból hartuje, można się do niego przyzwyczaić i że unieruchomienie chroni dziecko przed bólem⁶.

Szczególnie we wspomnianych obok bólu fizycznego trzech wymiarach cierpienia sama medycyna nie wystarcza. Pomocna w zniesieniu doświadczanego ze wszech stron cierpienia i bólu może okazać się rozumna miłość najbliższych i otaczających chorego osób. Mówi się, że miłość góry przenosi, że dla niej nie ma nic niemożliwego. Wobec tak wielkiej siły i mocy miłości nie sposób pominąć jej i nie wykorzystać jej tajemniczej energii w budowaniu fundamentu, na którym rozgrywa się walka z groźną chorobą i cierpieniem.

Podobnie muzyka nie tylko umiła życie, ale może być także pomocna w zniesieniu cierpienia i choroby. Istotnie, muzyka, z racji wielopłaszczyznowego oddziaływania zarówno na psychikę, jak i ciało człowieka, jego funkcje wegetatywne i motoryczne, znalazła zastosowanie w różnych zakresach medycyny⁷.

Znaczenie miłości w redukcji bólu i cierpienia u dzieci onkologicznie chorych

Nie ma na świecie człowieka, który nie pragnąłby być kochanym niezależnie od wieku. Potrzeba ta w różnym stopniu dotyczy wszystkich ludzi. Odnalezienie miłości pozwala człowiekowi wykroczyć poza własne ja i w relacji z drugim odnaleźć swoje dopełnienie. Są w życiu człowieka sytuacje, w których potrzeba miłości staje się szczególnie ważna. Do takich sytuacji należy przede wszystkim choroba, zwłaszcza gdy dotyka ona młodego człowieka. Chore dziecko potrzebuje potwierdzenia ze strony swoich najbliższych, że jest dla nich ważne, że to, co się z nim dzieje, nie jest im obojętne, że rozumieją go, są i pozostaną przy nim bardzo blisko. „Zdolność do miłości i potrzeba miłości (kocham i jestem kochany) należy do najgłębszych, najbardziej pierwotnych potrzeb ludzkich, a przeżywanie uczuć miłości na różnych etapach rozwoju człowieka jest najbardziej powszechnym ludzkim doświadczeniem. Można żyć

⁶ W. Kawalec, K. Kubicka, *Pediatrics*, Warszawa 1999.

⁷ H. Cesarz, *O muzyce i muzykoterapii*, „Muzykoterapia polska” 2003, nr 1(5), s. 9.

z różnymi defektami – i zmysłów, i części ciała, i umysłu, ale najtrudniej żyć po ludzku bez doznawania bliskości, więzi, miłości”⁸.

Żadne leki uspokajające i przeciwbólowe nie pomogą, jeśli dziecku zabraknie tego, co dla niego jest najważniejszą rzeczą – obecności przy nim jego kochających rodziców. Brakuje mu wtedy miłości, najzdrowszej i najpotrzebniejszej witaminy, zwanej przez doświadczonych pediatrów witaminą „M”⁹.

Erich Fromm, próbując zdefiniować miłość, pisze o niej w następujący sposób: „Autentyczna miłość jest ekspresją dawania i zakłada troskę, szacunek, odpowiedzialność i wiedzę. Nie jest to uczucie w tym znaczeniu, że się jest przedmiotem czyjśgo wpływu, ale czynne dążenie do rozwoju i szczęścia osoby kochanej, wyrastającej z własnej zdolności do kochania”¹⁰. Miłość warunkuje rozwój poczucia własnej wartości, sprawia, że możliwe do zniesienia stają się frustracje i przymus wychowawczy.

Miłość ma w sobie niezwykłą siłę, stanowi niewyczerpane źródło sił życiowych, z którego czerpie się sens życia i siły do ciągłej walki, by trwać i stawać się dla drugiego. To dzięki niej wielu pacjentów o mocnym sercu i silnej woli żyje dłużej niż można by się tego spodziewać. „Nie ustają w walce o życie ze względu na rodzinę, a mogą to robić w przekonaniu, że poddając się śmierci, zawiedliby swoich bliskich”¹¹.

Człowiekowi potrzebna jest w życiu świadomość, że jest ktoś, kogo jego osoba obchodzi. Kto chce wiedzieć, jak się czujemy, co się z nami dzieje, co myślimy, kto znajdzie dla nas chwilę na serdeczną rozmowę. Pragniemy móc komuś wierzyć, zwierzać się, dzielić z kimś swoje troski, lęki, nadzieje, ambicje, tragedie. Pragniemy bliskiego i pełnego kontaktu na płaszczyźnie współdziałania, porozumienia umysłowego i emocjonalnego współdzwięczenia¹². Człowiek jest istotą z natury społeczną, pragnącą dzielić swoje życie z drugim człowiekiem. Kontakt z drugą osobą nadaje naszemu życiu sens, a wszystkie radości codziennego życia tracą go wtedy, gdy nie mamy się nimi z kim podzielić. Wszystko, co czynimy, nabiera wartości dopiero w odniesieniu do drugiego człowieka.

Potrzebę miłości jako czynnika łagodzącego cierpienie osób chorych onkologicznie można dostrzec w sposób szczególny, przyglądając się bliżej opisanemu przez Winklera wymiarowi cierpienia socjalnego. W nim odnajdujemy

⁸ W. Szewczyk, *Człowiek nie może żyć bez miłości*, w: *Świat ludzkich uczuć*, W. Szewczyk (red.), Tamów 1997, s. 86.

⁹ L. Szczepaniak, *Moralne problemy związane ze szpitalną opieką służby medycznej*, Kraków 2003, s. 86.

¹⁰ E. Rzędkowska, *Z psychologii rozwoju potrzeb emocjonalnych*, w: *Świat ludzkich uczuć*, op. cit., s. 28.

¹¹ K. Kalina, *Akuszerka dusz. Opieka duchowa nad umierającymi*, Warszawa 2001, s. 78.

¹² S. Garczyński, *Potrzeby psychiczne: niedosyt–zaspokojenie*, Warszawa 1969, s. 87.

wartość relacji międzyludzkich, które właściwie wykorzystane mogą stać się źródłem siły do walki z chorobą i być balsamem dla cierpiącej duszy.

Cierpienie socjalne jest bólem, który wynika jednoznacznie z utraty pozycji chorego dziecka w oczach matki, ojca, potem wśród rówieśników, koleżanek, kolegów, sąsiadów, rodzinnego miasta, wsi. Dla młodzieży ważny jest przede wszystkim aspekt społeczny tego cierpienia, natomiast dla dzieci młodszych i starszych na pierwszy plan wysuwa się aspekt rodzinny¹³.

Józef Binebessel, prowadząc badania nad dziećmi chorymi onkologicznie, rozmawiając z nimi, poznawał ich obawy, lęki i odczucia związane z doświadczanym przez nich cierpieniem totalnym. W odniesieniu do sfery rodzinnej wskazuje na trzy źródła cierpienia socjalnego: tęsknotę za fizyczną obecnością bliskich, utratę więzi z bliskimi oraz odczucie utraty rodzicielskiej miłości¹⁴.

Ważnym elementem, będącym wyrazem miłości, jest żywy kontakt emocjonalny i postawa akceptacji, zapewniająca prawidłowy rozwój. Brak kontaktu dziecka z rodzicami, izolacja go od otoczenia i kontaktów z rówieśnikami prowadzi u niego do poczucia krzywdy i osamotnienia¹⁵.

W obliczu choroby dziecko nie powinno być pozostawione samo sobie. Szczególnej wartości dla niego w tym trudnym czasie nabiera obecność rodziców na terenie szpitala. Pozwala ona na łagodniejsze zniesienie bólu i cierpienia, które jest mocno odczuwalne w trakcie chemoterapii i bolesnych badań. Przygotować do mężnego zniesienia bólu najlepiej potrafi ktoś bliski, kogo dziecko darzy zaufaniem, kto zapewni, że jutro też przyjdzie, by potrzymać za rękę. Obecność rodziców przy dziecku jest niezbędna do jego zdrowego istnienia i wewnętrznej harmonii.

Chorym dzieciom potrzeba bardzo niewiele, wystarczy im tylko, by nie musiały w samotności zmagać się z bólem. Wystarczy, że będzie miał kto ich wysłuchać, pogłaskać, przytulić. Wystarczy tylko dać im trochę miłości, by otrzymać jej od nich jeszcze więcej. Miłość rodziców, wyrażająca się w ich pełnej ciepła obecności, pomoże zredukować cierpienie wynikające z izolacji od dotychczasowego otoczenia.

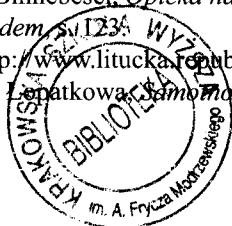
Dla dziecka miłość nie zawsze musi być obecna w swym konkretnym osobowym kształcie. Obiekt uczuć, nawet oddalony o kilkadziesiąt kilometrów, jeśli tylko przesyła dowody na to, że się psychicznie nie oddala, może żyć w wyobraźni, we wspomnieniach i oczekiwaniu. Wtedy pozostaje jedynie poczucie osamotnienia fizycznego, nie dolega natomiast poczucie osamotnienia psychicznego, które jest o wiele trudniejsze do zniesienia¹⁶.

¹³ J. Binnebesel, *Opieka nad dziećmi...*, op. cit., s. 136.

¹⁴ *Ibidem*, s. 123.

¹⁵ <http://www.litucka.republika.pl/potrzeby%20dziecka.htm>, z dnia 03.03.2004.

¹⁶ M. Lenatkowa, *Samotność dziecka*, Warszawa 1983, s. 98.



Dla dziecka możliwość doznania uczucia miłości i obdarzenia tym uczuciem innych jest najważniejszym czynnikiem jego rozwoju emocjonalnego. Brak miłości w życiu każdej jednostki powoduje ogromne straty psychiczne i duchowe, a w sytuacji choroby wzmacnia cierpienie jednostki.

W pewnych sytuacjach zerwanie więzi uczuciowej jest dla dziecka bardzo bolesnym przeżyciem, może prowadzić do tego, że w późniejszym życiu nie chce ono kochać, aby nie zostać ponownie zranionym. Angielscy lekarze (Robertson, Bowly) wyróżnili trzy etapy urazu szpitalnego, będącego reakcją na długotrwałą izolację od najbliższych. Pierwszym jest faza protestu, która może trwać kilka godzin, ale i kilka dni. Dziecko nie rozumie, dlaczego zostało oddzielone od swoich bliskich, szuka ich, oczekuje ich powrotu. Krzyczy, płacze, przejawia różne formy czynnego protestu i agresji, czepia się pielęgniarek lub ze złością je odpycha. Drugi etap to rozpacz – faza beznadziejności, w której dziecko przekonuje się, że rodzice nie przyjdą. Przystaje płakać, wpada w apatię, traci chęć do jedzenia, źle sypia. Trzecia faza to zakłamanie (faza tłumienia). Na tym etapie dziecko rezygnuje z protestów i robi pozornie wrażenie rozsądnego człowieka. Błędnie czasem można sądzić, że dzielny maluch zżył się ze szpitalem i dostosował się do nowej sytuacji. Dziecko zaczyna interesować się otoczeniem, a odwiedziny bliskich wydają się już nie tak ważne¹⁷. W takiej sytuacji niektóre dzieci będą szukać oparcia i bliskości w osobach sprawujących nad nimi opiekę, starając się zwrócić na siebie uwagę swoim zachowaniem. Inne izolują się i wycofują z kontaktów z otoczeniem, odgradzając się milczącą samotnością od reszty świata.

Przeżywanie przez dziecko ciężkiej choroby, które wiąże się z odseparowaniem go od matki, może wprowadzić element nieufności do ich wzajemnych relacji. Nieufność ta jest potem przenoszona na wszystkie kontakty interpersonalne nawiązywane przez pacjenta¹⁸.

Dobro dziecka w szpitalu wymaga obecności rodziców i błędne są opinie mówiące o niekorzystnym wpływie obecności rodziców na oddziale szpitalnym, rzekomo wzbudzającym tęsknotę dziecka za domem i narażającym chorych na zarazki. Żadne dziecko nie pragnie być samotne i zawsze tęsknota będzie lepsza niż zerwanie więzi. Dla dziecka ważna jest każda forma kontaktu: listy, telefony, prezenty, taśma z nagraniem głosem rodzica. Wszystko to daje poczucie, że jest ktoś, kto o nim pamięta, czeka na jego powrót, myśli o nim, kocha go. Dlatego w swoim zawodzie lekarz nie może pomijać i niepodejmować współpracy z rodzicami swoich podopiecznych, ale zawsze powinien mieć

¹⁷ *Podręczna encyklopedia zdrowia*, tłum. G. Jonderko, Poznań 2002, s. 841.

¹⁸ U. Zuberek-Moskal, *Rodzina w sytuacji wyznaczonej chorobą nowotworową dziecka*, w: *Zmagając się z chorobą nowotworową*, D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), Kraków 1999, s. 264.

dla nich otwarte drzwi i serca, umacniać tę współpracę, by jak najlepiej pomóc choremu dziecku.

Odwiedziny dziecka i emocjonalna pomoc matki przy chorym dziecku jest nieoceniona nie tylko ze względu na mniejsze odczucie bólu i lęku przez dziecko dzięki jej wsparciu. Ma również pozytywny wpływ na szybsze odzyskiwanie zdrowia przez dziecko, lepsze jego samopoczucie. Przy bliskich ból fizyczny staje się lżejszy do zniesienia, a ich obecność i postawa miłości pozwala na złagodzenie socjalnego wymiaru cierpienia.

Według Spitz'a hospitalizacja odczuwana jest przez dziecko jako odtrącenie go przez matkę. Obuchowski w swoich badaniach podkreśla, że jedynym przeżyciem, o którym po latach powrotu do zdrowia nie zapomnieli byli pacjenci, nie był ból, cierpienie i nieprzyjemne badania, a właśnie uczucie samotności, pozbawienie domu, utraty najbliższych i poczucia przynależności¹⁹.

Według przeprowadzonych przez Binnebesela badań u dzieci źródło bólu socjalnego skoncentrowane jest głównie na izolacji ich od rodziców i poczuciu osamotnienia, czują się odrzucone, tkwiąc w przekonaniu, że utraciły ich miłość i zainteresowanie. Wiek dziecka wpływa na odmienne postrzeganie źródła cierpienia związanego z izolacją od rodziców. Młodsze dzieci odbierają niemożność spędzania przez rodziców z nimi całego dnia jako przejaw braku ich miłości do nich. Ośmiolatek mówi: „Paweł ma lepiej niż ja, bo mama jest z nim cały dzień, a do mnie tylko po południu przychodzi. Myślę, że tak jest dlatego, że mama mniej mnie kocha”²⁰. Zarówno młodsze, jak i starsze dzieci wskazują na różnicę spędzania czasu z rodzicami w domu i na oddziale szpitalnym.

Dzieci są szczególnie wyczulone na relacje z rodzicami i ich bliskość. Każda chwila spędzona samotnie na oddziale szpitalnym wzmaga ból i poczucie osamotnienia.

„Tęsknię za nią, jak jej tu nie ma. Ale ona już chyba jest zmęczona tą moją chorobą. Ja to widzę, bo do Dawida mama przychodzi częściej. On jest tu po raz pierwszy. Jak ja leżałem pierwszy raz, to mama była stale ze mną. (...) Jak on będzie tutaj często, to jego mama też już nie będzie tyle z nim w szpitalu”²¹ (Paweł, lat 9). Stabilna miłość najbliższych może przyczynić się szczególnie do złagodzenia cierpienia socjalnego i lęku, na który zostaje skazany chory onkologicznie na oddziale szpitalnym.

Dziecko, przy którym każdego dnia jest ktoś bliski, nie czuje się opuszczone, samotne, ma oparcie emocjonalne, pozwalające mu znieść bez groźnych skutków ubocznych wszelkie sytuacje stresowe związane z pobytem w szpitalu i jego chorobą.

¹⁹ *Ibidem*, s. 264.

²⁰ J. Binnebesel, *Opieka nad dziećmi...*, *op. cit.*, s. 121–122.

²¹ *Ibidem*, s. 122.

Popularna dziś mała trzy-, czteroosobowa rodzina sprawia, że każdy z jej członków ma wielką wartość i jest niezastąpiony. Rodzice często są czynni zawodowo, co utrudnia podjęcie czynności pielęgnacyjnych zwłaszcza w momencie choroby dziecka, gdy poświęcony czas i odczucie miłości najbliższych jest najbardziej potrzebne. Matki w obliczu choroby dziecka kierują się zwykle bardziej uczuciami i bezpośrednio je wyrażają w formie niepokoju i lęku, tak jak to odczuwają. Umieją się cieszyć każdą poprawą zdrowia, a ich największą siłą jest umiejętność stworzenia dziecku poczucia uspokajającej bliskości. W dzisiejszych czasach ojciec jest bliższy sprawom opieki nad dzieckiem niż kiedyś, stanowi również wsparcie dla dziecka, jednak w przypadku rzeczywistego zagrożenia zwykle nie potrafi się skoncentrować na obecnej sytuacji i udzieleniu niezbędnej pomocy²².

Wielość emocji i lęków, jakie dotykają dziecko w sytuacji choroby, nie pozostają obce również rodzicom. Oni również muszą zmagać się z emocjami i podjąć wyzwanie walki z chorobą swojego dziecka. Zmiany w emocjach rodziców są bardzo wyraźne i czytelne dla dzieci, dlatego mogą negatywnie wpływać na zmianę relacji, prowadząc do rozluźnienia i splycenia więzi uczuciowych łączących rodziców z dzieckiem przed jego chorobą. Pozytywny wpływ na umocnienie więzi ma stała obecność przy dziecku w tym trudnym dla niego czasie. Głównym zadaniem rodziny, ukierunkowanym na usunięcie poczucia utraty miłości i przynależności, jest stworzenie możliwości współbycia rodziców z dziećmi w okresie ich leczenia szpitalnego.

Czasem obecność rodziców przy dziecku wzmaga tęsknotę za domem, ciepłem i poczuciem bezpieczeństwa. Młodzież opisywana przez Binnebesela, mówiąc o cierpieniu socjalnym, wskazuje na tęsknotę za rodzicami takimi, jacy byli przed ich chorobą. „Bardzo tęsknię za mamą taką, jaka była zanim tutaj wylądowałem” (Wojtek 15 lat)²³. Będąc na oddziale szpitalnym, sama bardzo często obserwuje niecierpliwe wyczekiwanie na długo niewidzianego członka rodziny, który nie opiekuje się na co dzień chorym dzieckiem. Najczęściej jest to osoba ojca, który sprawuje pieczę nad pozostającą w domu rodziną i domem. Wizyty tych członków rodziny wnoszą ożywienie, radość, świeżość, naturalność, której często brakuje zmęczonej ciągłą opieką, myśleniem o cierpieniu i uczestniczącej w bólu dziecka matce. Istotą tej sytuacji oddaje wypowiedź 16-letniej Ewy: „Chodzi o to, że jesteśmy razem, rozmawiamy; Kocham ją, ale fakt mojej choroby, że musi tu przychodzić, no nie wiem, jak to powiedzieć. To tak, jak kochać kogoś, ale być za szkłem. Widzieć go, ale nie móc się przytulić. Znowu to nie tak, mama mnie głaszcze jak małą dziewczynkę, czasami częściej mi włosy, bo jeszcze mi nie wypadły, ale, o właśnie, głaszcze nie małą Ewę,

²² M. i R. Hertl, *Chore dziecko*, Warszawa 1995, s. 15–17.

²³ J. Binnebesel, *Opieka nad dziećmi...*, *op. cit.*, s. 123.

ale Ewę chorą na białaczkę. (...) Tak, to chyba to, tęsknię za moją mamą, tatą, siostrą, tęsknię za nimi, tęsknie za mamą Ewy, a nie mamą chorej Ewy, tęsknię za ojcem, a nie ojcem chorej Ewy, (...) stąd ten smutek, ta samotność”²⁴. Takie spojrzenie nasuwa pytanie o ładunek emocjonalny przekazywany przez rodziców podczas spotkań z dziećmi.

Z przedstawionego punktu widzenia najbardziej optymalnym modelem opieki jest zmienne towarzyszenie dziecku przez obydwójce rodziców podczas jego pobytu w szpitalu. Jest to korzystny układ zarówno dla chorego dziecka, które utrzymuje więzi z każdym z rodziców, jak również dla rodzeństwa pozostawionego w domu, które nie traci żadnego z rodziców na stałe. Sytuacja taka dodatkowo umożliwi choćby chwilowe oderwanie się od obciążenia chorobą dziecka, psychiczny odpoczynek przez zajęcie się codziennym, zwyczajnym życiem²⁵.

Poczucie osamotnienia jest głównym źródłem smutku i bólu dzieci i młodzieży. „Smutek i samotność to dwie siostry. Wszędzie, gdzie jest jedna, tam i pojawia się druga. Tutaj w szpitalu niby jest dużo ludzi, ale człowiek jest sam. Tak jak w tym wierszu Stachury, coraz więcej wkoło ludzi, a o człowieka coraz trudniej. Tak jest tutaj, to nie to, że tutaj wszyscy są źli, ale dla mnie to są lekarze, pielęgniarki, a nie przyjaciele, koleżanki. To tutaj jest ta samotność, może jest to samotność od miłości, przyjaźni. Nie mogę nic złego powiedzieć o lekarzach i siostrach, ale one są takimi zjawami ludzkimi, to takie duchy, są, pomagają, a ja czuję tęsknotę za ciepłem (Iwona, lat 16)”²⁶.

Obecność sama w sobie jest wyrazem miłości do dziecka, dającym poczucie bycia kimś ważnym dla najbliższej, ukochanej osoby. Żadna instytucja i liczny personel wychowawczy czy pielęgniarski nie zastąpi kontaktów i więzi rodzinnych, gdyż nie jest w stanie zapewnić opieki naprawdę indywidualnej i obdarzać uczuciem adresowanym wyłącznie do tego jedyne dziecko.

Każde dziecko w inny sposób doświadcza i przeżywa samotność. Za każdym razem w ich wypowiedziach można zauważyć ból związany z odczuwaniem przez chore dzieci zmian w ich relacjach z domownikami. Istotą cierpienia socjalnego w tym wymiarze jest przekonanie chorych o zmianie ich pozycji w rodzinie.²⁷

Chcą dziecku dać poczucie, że nie straciło ono swego miejsca i pozycji w rodzinie, nie wystarczy jedynie nosić w sobie przekonanie, że kocha się swoje dziecko. Sztuką jest dać mu to odczuć w taki sposób, by wiedziało, że jest tą miłością obdarzone i by samo nauczyło się kochać. Gordon proponuje w tym celu

²⁴ *Ibidem*, s. 123–124.

²⁵ *Ibidem*, s. 266–267.

²⁶ *Ibidem*, s. 123.

²⁷ *Ibidem*, s. 126.

podporządkowanie się zasadzie pełnej akceptacji, czynnego słuchania dziecka, mówienia „ja” zamiast „ty”, a więc wyrażania swoich uczuć i rozwiązywania konfliktów w oparciu o obustronną umowę zawieraną między dzieckiem a rodzicem²⁸. Akceptowane, kochane i wysoko cenione od najmłodszych lat przez rodziców dziecko dąży do pełnego wyzwolenia swoich uczuć, sympatii, złości, strachu bez obawy przed upokorzeniem i utratą godności czy zaufania.

W miłości nie wystarczy samo stwierdzenie „czuję, pragnę, przeżywam”. Potrzebna jest wola, konkretna decyzja, za którą idzie podjęcie określonego działania. Rodzice, zwłaszcza ojcowie, często stwierdzają, że kochają swoje dzieci, ale nie umieją okazać im swojej miłości. Krępują ich pocałunki i pieszczoty lub też nie potrafią swojego uczucia miłości wyrazić słowami. Sytuacja, w której dziecko doznaje wielu krzywd, a brakuje mu czułości, nie czuje się kochane, trudno mu uwierzyć w istnienie miłości lub ulega egoizmowi, grozi stłumieniem potrzeby miłości.

Autentyczna miłość nie stawia warunków, nie szuka dla siebie korzyści i niczego nie oczekuje w zamian. Miłość po prostu jest. Jednocześnie tak jak naturalnym wyrazem naszej miłości jest przytulenie do siebie dziecka czy osoby dorosłej, które daje poczucie bezpieczeństwa i opieki, podobnie powiedzenie dziecku: „Nie”, choć bardzo trudne, często w sytuacji choroby jest czasem konieczne²⁹. Miłość nie ma być wyręczeniem kogoś ze wszystkich obowiązków z racji jego cierpienia i choroby, nie wyraża się w spełnianiu wszystkich zachcianek i rozpieszczaniem dziecka po granice wytrzymałości. Ona ma motywować do wzrostu, wiary we własne siły, realizacji siebie w poczuciu bezpieczeństwa i oparcia, ma być źródłem sił i motywacji do walki z chorobą. Jest wsparciem w cierpieniu, pomaga zmniejszyć odczucie jego goryczy, osładza nutą czułości, nadaje sens, uszlachetnia serce.

Główny związek dziecka nie musi zachodzić wobec biologicznego rodzica i osoby płci żeńskiej. Pozostając świadomym, jak wielką rolę odgrywa w życiu dziecka matka, nie należy zapominać, że równie wielkie znaczenie ma dla dziecka każda osoba, która pełnić będzie funkcję matki, będzie się nim opiekować. Utrata kontaktu z najbliższą jemu osobą będzie równie bolesna i może równie negatywnie odbijać się na jego rozwoju.

Dla dziecka wyrazem miłości do niego jest obecność przy nim bliskich mu osób i emocjonalny kontakt z nimi. Potrzebę kontaktu dziecko przejawia od najwcześniejszych chwil swojego życia. Kochający rodzice zaspokajają potrzebę kontaktu i przynależności, otaczają troskliwą opieką swoje dzieci. Młodsze dzieci potrzebują przede wszystkim kontaktu z najbliższymi mu osobami. W później-

²⁸ M. Zabiega, *Antypedagogiczne prądy w wychowaniu – szansa czy zagrożenie?*, w: *Świat ludzkich uczuć*, W. Szewczyk (red.), *op. cit.*, s. 86.

²⁹ Por..E. Kübler-Ross, *Życiodajna śmierć*, Poznań 1998, s. 119.

szym wieku czas spędzany poza murami domu wydłuża się, kontakt rodziców z dziećmi ulega rozluźnieniu na rzecz kontaktów z rówieśnikami, grupą, która staje się dla niego istotnym punktem odniesienia³⁰. Dziecko podczas pobytu w szpitalu, w kontaktach z rówieśnikami szuka przyjaźni, która również działa przeciw osamotnieniu. Wśród przyjaciół dziecko uczy się zasad kulturalnego współżycia, uczy się empatii, świadczenia dobra dla drugiego wyzwala się od egoizmu, przeciwdziała kłótności, mściwości, rozżalenia i nieśmiałości³¹.

Zdobyte przyjaźnie i znajomości na terenie szpitala są dla dziecka równie cenne i dają mu namiastkę bezpieczeństwa i więzi. Dlatego tak często, uparcie chcą utrzymać miejsce, które im zostało przyznane w danej Sali, a wraz z nim przyjazne kontakty, które już nawiązały³². Każde przeniesienie do nowej sali stawia przed dzieckiem nowe wyzwania i przymus przystosowania się do nowej sytuacji i nowych sąsiadów. Za każdym razem taka sytuacja dziecka wiąże się z pewnym lękiem i poczuciem osamotnienia.

Chore dziecko i każdy chory człowiek siły do przetrwania i walki z chorobą czerpie z jednego podstawowego źródła – z miłości. Często pozostawieni sami sobie w wielkich budynkach szpitala szukają jej w sercach małych pacjentów dzielących ich los. Te małe istoty nie znają jeszcze pojęcia psychoterapii, ale sami doskonale stosują ją w kontaktach z rówieśnikami i swoimi bliskimi, ucząc nas, dorosłych prawdziwej miłości.

Jerzy Armata w swojej książce³³ opisuje niezwykle wzruszające historie dzieci chorych na białaczkę, z których bardzo często bije wielka samotność i tęsknota za domem rodzinnym, ciepłem i miłością. W jednym z pamiętników czytamy słowa chłopca, który nie doczekał się odwiedzin swoich rodziców, umarł w samotności, nikt przy nim nie czuwał w ostatnich chwilach życia. Wciąż z kochającym sercem pełnym nadziei czekał na list, odwiedzinę, chociaż „mama i tata prawie pisać zapomnieli, a przecież żyją”³⁴. Całą swoją miłość przelał na dwuletnią dziewczynkę chorą na białaczkę, leżącą na tym samym oddziale. Sam umierał ze smutkiem, wciąż czekając na bliskich: „A jak mnie wreszcie wezmą ze szpitala, to karetką pojedę na umarcie. Będą wszyscy w domu żałowali, że czasu nie mieli. Może się doczekam?”³⁵.

Brak możliwości nawiązania przyjaźni, doznania miłości prowadzi człowieka do poczucia krzywdy i osamotnienia. Każdy z nas chce być kochany i chce

³⁰ <http://www.republika.pl/asksa/potrzeby.htm>, z dnia 03.03.2004.

³¹ <http://www.litucka.republika.pl/potrzeby%20dziecka.htm>, z dnia 03.03.2004.

³² M. Łopatkowa, *op. cit.*, s. 80.

³³ J. Armata, *I otrze Bóg wszelką łzę. O dzieciach chorych na białaczkę i inne opowiadania*, Kraków 1997.

³⁴ *Ibidem*, s. 24.

³⁵ *Ibidem*, s. 28.

móc kogoś kochać. Chce być akceptowany, żyć w poczuciu bezpieczeństwa, mieć w kimś oparcie, wiedzieć, że dla kogoś jest ważny, że ma dla kogo żyć.

Innym wymiarem cierpienia socjalnego jest lęk przed przyjęciem chorego przez koleżanki, kolegów oraz lęk przed odnalezieniem się w rzeczywistości po chorobie. Miłość i przyjaźń istniejące między dziećmi przed chorobą zostaje poddana próbie, z której każda ze stron wychodzi z nowym doświadczeniem. Chore dziecko szybko dojrzewa psychicznie, odkrywa nowe wartości relacji z drugim, towarzysząc mu nowe obawy. „Nie wiem, czy jeszcze będę umiała kochać, nie wiem, czy to jeszcze będzie to samo, co kiedyś; choroba mnie zmieniała, inaczej patrzę na miłość. On jest jeszcze taki dziecinny w tym wszystkim, ja chcę nie tylko pieśczoć i ciepła, ale bezpieczeństwa, potrzebuję czegoś innego (Mariola, lat 16)³⁶. Miłość, przyjaźń rówieśników są również ważnym aspektem wspomagającym zniesienie bólu choroby, a podtrzymywanie kontaktu z chorym, chociażby telefonicznego, i inne formy pamięci w czasie izolacji szpitalnej zmniejszają zasięg cierpienia socjalnego, wynikającego już z samego faktu izolacji jednostki od osób jej najbliższych, obecnych w codziennych kontaktach. Zapomniane w sytuacji choroby przez przyjaciół dziecko często czuje się zdradzone, traci motywację do walki z chorobą, pogrążając się w swoim bólu samotności.

Ból socjalny wyraża się również w odczuciu, iż rola małych pacjentów w relacji z personelem medycznym jest sprowadzana do jednostki chorobowej, wyników badań i zabiegów. Wskazuje na to w swoich badaniach Binnebesel, cytując wypowiedzi dzieci. „Jestem tylko kukłą, w którą wbijają wenflony, robią zastrzyki i co chwilę pobierają krew. Jestem w trybach, ja się nie liczę, jestem tylko maszyną” (Magda 16 lat)³⁷. 18% badanych (z czego 100% stanowiła młodzież) czuje się nikim na oddziale. Pacjenci czują się zapomniani i ignorowani, drażni ich, że nikt nie pyta ich o zdanie, nie konsultuje z nimi terminów badań i zabiegów, nie pyta o porę odwiedzin. „Jestem dla nich chorobą nie człowiekiem” (Wojtek, lat 13)³⁸.

Można zastanowić się, czy w relacjach personelu z pacjentem nie brakuje również postawy miłości, podmiotowego podejścia do pacjenta, tak, aby była to praca człowieka w relacji z człowiekiem, a nie tylko walki z jego chorobą.

Pamiętajmy, że każdy z nas bez względu na to, czy jesteśmy rodzicami, lekarzami, przyjaciółmi, wolontariuszami może dzięki swojej postawie bezinteresownej, autentycznej miłości zwróconej ku drugiemu choremu człowiekowi wpłynąć na złagodzenie cierpienia, które otacza chorego ze wszystkich stron. Niech podsumowaniem wypowiedzianych słów będzie wiersz napisany przez Richarda Allena u końca swojego życia:

³⁶ J. Binnebesel, *Opieka nad dziećmi...*, op. cit., s. 130.

³⁷ *Ibidem*, s. 135.

³⁸ *Ibidem*, s. 132.

Kochając – daj wszystko, co masz.
A kiedy dałeś już wszystko – daj jeszcze więcej
i zapomnij, jaki to sprawia ból.
Bo kiedy stoisz wobec śmierci,
liczy się tylko miłość, którą dałeś i którą przyjąłeś,
a wszystko inne – osiągnięcia, zmagania, walki –
zniknie z twojej pamięci.
Jeśli naprawdę kochałeś – to żyć było warto.
I radość pójdzie za tobą aż do końca.
Ale jeżeli nie kochałeś,
śmierć przyjdzie zawsze zbyt szybko i zawsze będzie z byt straszna,
aby przed nią stanąć.³⁹

Wykorzystanie muzykoterapii w redukcji bólu i cierpienia u dzieci chorych onkologicznie

Muzyka przemawia do wszystkich wrażliwych słuchaczy. I choć trudno każdemu z nas wyrazić słowami, co muzyka wyraża, na czym polega jej piękno – wszyscy ją rozumiemy⁴⁰.

Jesteśmy istotami muzycznymi od tak dawna, jak długa jest historia ludzkości. Już od pierwszych odgłosów drewna i kamienia wybijających rytm w afrykańską noc, aż po skomplikowane śpiewy w średniowiecznych klasztorach ludzie zawsze korzystali z pomocy muzyki, aby stworzyć unikalny klimat duchowych misterii, poruszających opowieści czy fizycznych pożądań. Muzyka ustanawia łączność w wibracji, jest wibrującym środkiem komunikacji rozumianym przez wszystkich ludzi. Jej przesłania przenikają czas, rasy i kultury⁴¹.

Leczenie dźwiękiem oraz muzyką sięga prapoczątków, pradziejów, sfer mitu i religii. Odpowiednio dobrany dźwięk leczył chorego, przywracając mu jedność ciała i umysłu. Niestety, my dzisiaj nie przywiązujemy tak dużej wagi do tego wspaniałego leku, jakim jest muzyka, i to pomimo dowodów tak wielkiej siły uzdrawiania. Niedawno dowiedziono, iż dzieci urodzone przed czasem leczone na oddziałach intensywnej terapii w USA dochodziły znacznie szybciej do zdrowia dzięki korzystnemu działaniu muzyki.

Dzięki zastosowaniu odpowiednio dobranych dźwięków odnotowano u dzieci zmiany w zachowaniu, percepcji bólu, ciśnienia krwi, rytmu serca, przyrostu wagi, a nawet wzrostu nasycenia krwi tlenem. Siła dźwięku i muzyki daleka jest więc od domniemań i rozważań, gdyż istnieją już namacalne

³⁹ E. Kübler-Ross, *op. cit.*, s. 71–72.

⁴⁰ H. Cesarz, *op. cit.*, s. 7.

⁴¹ F. Maman, *Rola muzyki w XXI wieku*, Lublin, 1999, s. 21.

dowody jej mocy, a to chyba wystarczy, żeby po prostu zacząć więcej działać w tym temacie⁴².

Muzykoterapia, mająca bardzo szeroki wachlarz proponowanych technik, powinna wydawać się interesującą formą terapii wśród dzieci z chorobą nowotworową. Dzięki swojej dialogowości umożliwia nawiązanie kontaktu z chorym. Może ona wnikać do najgłębszych warstw osobowości, co stanowi tajemnicę jej walorów terapeutycznych. Pozwala również na lepszy stan samopoczucia, usuwa lęki i niepokoje, eliminuje przygnębienie i zmniejsza dolegliwości bólowe. Muzykoterapia kształtuje uczucia, pobudza do aktywności, ułatwia przystosowanie się do życia w chorobie, w środowisku szpitala i pobudza wolę do życia.

Człowiek słyszy dwoma oddzielnymi kanałami – przez uszy oraz przez meridiany. Przy czym efekty meridian odnoszą się do częstotliwości poniżej 1000 Hz. Każdy z nich odpowiada określonej częstotliwości i każdy z nich ma wpływ na określone gesty podczas grania i tańca. Dodatkowo związany jest ze specyficznym stanem emocjonalnym.

W ten sposób pewne dźwięki i gesty mają szczególny wpływ na nasze stany emocjonalne, i to oczywiście nie tylko dzięki temu, co usłyszane jest przez uszy, ale także przez aktywizowanie specyficznego meridianu i wytwarzanie korespondującego z nim stanu emocjonalnego. Muzyka dociera do słuchacza tymi dwoma kanałami i dzięki swemu pulsowi wpływa na cały organizm. W ten sposób uruchamia ukryte zasoby energetyczne, harmonizuje układ i prowadzi go do większej równowagi wewnętrznej, do zdrowia i dobrego samopoczucia⁴³.

W świetle powyższych rozważań trudno nie zgodzić się z tym, że tak blisko związana z życiem człowieka sztuka muzyczna może mu nie tylko umilać życie, ale też być pomocna w cierpieniu i chorobie. Wykorzystanie muzyki w leczeniu zostało nazwane muzykoterapią. Jest ona stara jak ludzkość, choć na nowo odkryta dopiero w drugiej połowie XX wieku.

Definicji muzykoterapii jest bardzo wiele. Szeroko ujmują ją T. Natanson i Ch. Schwabe. Natanson definiuje muzykoterapię jako metodę postępowania wielostronnie wykorzystującą wieloraki wpływ muzyki na psychosomatyczny ustrój człowieka⁴⁴.

Ch. Schwabe uważa natomiast muzykoterapię jako swoistą metodę psychoterapeutyczną, która wywiera wpływ leczniczy na pacjenta przez różne elementy i rodzaje muzyki, jak również przez zróżnicowane formy odbierania

⁴² B. Romanowska, *Inny głos Barbary R.*, Katowice 2003, s. 134–135.

⁴³ E. Klimas-Kuchtowa, *Muzyka źródłem energii i życia*, „Sztuka leczenia” 1995, nr 1, s. 152.

⁴⁴ T. Natanson, *Wstęp do nauk o muzykoterapii*, Kraków 1979, s. 51.

i uprawiania muzyki. Należy ją rozumieć jako metodę działania fizjoterapeutycznego, wzbogacającą wyniki innych metod leczniczych⁴⁵.

Powołaniem każdego muzykoterapeuty jest zwalczanie i pomoc w cierpieniu. Tylko takie cierpienie, którego nie można odwrócić ani zmienić, kryje w sobie możliwości sensu. Gdyby nie można było cierpieniu przeciwdziałać, to człowiek nie zostałby wyposażony w taką możliwość⁴⁶.

O potrzebie wprowadzenia muzykoterapii do leczenia, w tym do hospitalizowanych z powodu chorób nowotworowych, pisał już w 1989 roku Andrzej Janicki: „Muzyka jest jedną ze sztuk, która przez świadome jej percypowanie umożliwia uzyskiwanie wpływu na sferę psychosomatyczną człowieka. Zapotrzebowanie na oddziaływanie muzyki w sensie poprawiającym stany złego samopoczucia psychicznego i fizycznego obejmuje wszystkie etapy postępowania medycznego. Leczniczym postępowaniem muzykoterapeutycznym mogą zostać objęte schorzenia każdego wieku, począwszy od okresu przedшкоlnego, aż do późnej starości⁴⁷.”

Muzykoterapię stosować można w różnych okresach chorób i fazach leczenia. Podstawowym warunkiem dla celowego i efektywnego stosowania muzykoterapii jest zachowany stan przytomności i pełnej świadomości oraz niezaburzona czynność narządu słuchu. Stosowanie muzykoterapii może być celowe w okresie leczenia wstępnego, bezpośrednio po przyjęciu do szpitala u tych pacjentów, u których sam fakt hospitalizacji, zmiany roli społecznej i postaw wytworzyły poczucie wyobcowania, lęku, winy oraz obniżenia nastroju. Doświadczony muzykoterapeuta, stosując początkowo indywidualne postępowanie, a po uzyskaniu wpływu na chorego i jego uspokojeniu muzykoterapię grupową może osiągnąć osłabienie lęku, natrętnych wyobrażeń o chorobie, poprawę nastroju i zmobilizowanie do współdziałania. W tej pierwszej fazie postępowania kontakt z terapeutą i stosowana przez niego muzykoterapia będąc niespecyficznym czynnikiem leczniczym zaspakaja głównie potrzeby chorego, przygotowując go do poddawania się dalszym oddziaływaniom⁴⁸.

Częstokroć chory nie chce rozmawiać i nie reaguje na bodźce słowne: jeżeli taki pacjent w przeszłości lubił muzykę, jest możliwe, że słuchając jej obecnie, uwrażliwi się na bodźce świata zewnętrznego. Odpowiednio dobrana muzyka, obejmująca ulubione i znane słuchaczom utwory, daje im odprężenie

⁴⁵ Ch. Schwabe, *Leczenie muzyką chorych z nerwicami i zaburzeniami czynnościowymi*, Warszawa 1972, s. 5.

⁴⁶ S. Sidorowicz, *Dialektyka cierpienia*, „Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu” 2000, nr 76, s. 21.

⁴⁷ A. Janicki, *O potrzebie wprowadzenia muzykoterapii do leczenia*, „Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu” 1989, nr 48, s. 87.

⁴⁸ *Ibidem*, s. 89.

i przyjemność. Może wpływać na ustrój, wywoływać określone zmiany w czynnościach organizmu: zmieniać napięcie mięśni, przyspieszać przemianę materii, zmieniać szybkość krążenia krwi, obniżać próg wrażliwości zmysłów, wpływać na wewnętrzne wydzielanie, siłę i szybkość pulsu⁴⁹.

Muzykoterapia może być pomocna w nawiązaniu i odbudowie zaburzonej komunikacji pacjenta z otoczeniem. Może być specyficzną techniką komunikowania się. Odbywa się to przez wyzwolenie i rozwinięcie zahamowanej zewnętrznej ekspresji emocjonalnej pacjenta za pomocą jego własnej improwizacji muzycznej wobec grupy słuchaczy lub muzykowania w zespole, które daje poczucie związku z grupą⁵⁰.

Współimprowizacja – gdzie terapeuta i klient improwizują muzycznie razem – to podstawa pracy wielu pedagogów. Każdy ma swą wewnętrzną muzykalność i dlatego może zostać zaangażowany w aktywny, muzyczny związek. Dla niektórych brak słów jest ważny, bo zwalnia od konieczności werbalnej obrony. W takiej formie pracy z pacjentem mamy spotkanie z człowiekiem jako całością, wyrażanym muzycznie. Ponieważ osoby improwizujące nie wiedzą, co będzie w następnym momencie, co druga osoba będzie robić, możemy mówić, że współimprowizacja jest zawsze na „granicy”. Oznacza to, że może być wyrażana świadomość terażniejszości i dzielenie się w momencie muzycznym⁵¹.

„Problem wypowiedziany to problem o połowę mniejszy”⁵² – pisze Paweł Szelmer w tłumaczeniu książki opublikowanej przez Światową Organizację Zdrowia.

„Problem wypowiedziany” to nie tylko problem przekazany słownie, ale również i przez komunikat niewerbalny, jaki można przekazać np. przez muzykę.

Na podstawie badań przeprowadzonych przez Agatę Mej⁵³ w Polsko-Amerykańskim Instytucie Pediatrii w Krakowie i korzystając z doświadczenia M. Kieryła i B. Gurgoń⁵⁴, dodając również inne pomysły, zajęcia muzykoterapii

⁴⁹ J. Wierszyłowski, *Psychologia muzyki*, Warszawa 1970, s. 263.

⁵⁰ A. Janicki, *Przestanki do muzykoterapii chorób psychosomatycznych*, „Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu” 1983, nr 34, s.63–88.

⁵¹ S. Procter, *Czy współimprowizacja może być terapią?*, „Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu” 2000, nr 76, s. 152.

⁵² P. Szelmer, *Leczenie objawowe w stanach terminalnych*, Kraków 2002, s. 23.

⁵³ A. Mej, *Muzykoterapia w redukcji lęku*, „Muzykoterapia Polska” 2002, nr 3–4, s. 27–30.

⁵⁴ M. Kierył, B. Gurgoń, *Wykorzystanie muzyki ocenianej przez odbiorców jednoznacznie jako muzyka relaksująca lub aktywizująca*, „Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu” 2000, nr 76, s. 59–64.

peutyczne, obniżające lęk dzieci z chorobą nowotworową można opisać w następujący sposób.

Przed przystąpieniem do zajęć należałoby zapoznać się z dziećmi, poznać ich jednostki chorobowe, nawiązać z nimi kontakt i uzyskać informacje na temat słuchanej przez nich muzyki, aby dobrać utwory do zainteresowań i wieku pacjentów.

Czas spotkań może wahać się od 45–60 minut. Najlepiej, kiedy odbywają się po południu. Wiadome jest, że przed południem dokonywane są zabiegi, działania pielęgnacyjne, wizyty, podawanie leków. Najlepiej z każdym pacjentem przeprowadzić zajęcia indywidualnie.

Wykorzystać można obie formy muzykoterapii: czynną i bierną. Muzykoterapia czynna może obejmować improwizację instrumentalną oraz interpretację muzyczno–ruchową. Do improwizacji można wykorzystać popularny zestaw Orffa: bębni, tamburyna, trójkąty, drewnianka, kołatki. Oczywiście tylko od muzykoterapeuty będzie zależało, jakie instrumenty doda do instrumentarium pacjenta.

Na początku można zająć się próbą powtórzenia prostych rytmów, powtarzanie za terapeutą dźwięków, następnie tworzeniu piosenek, później można przejść do trudniejszych tematów. Można zaproponować wykonanie utworów, które są związane z lękiem pacjenta. Zależy to od sytuacji, w jakiej znajduje się pacjent. Można zaproponować wykonanie improwizacyjnego utworu na takie tematy, jak lęk przedoperacyjny, moja choroba, moja mama, tęsknoty, odwiedziny, ból, smutek lub na temat zaproponowany przez dziecko. W dowolnej improwizacji dziecko przez niewerbalny komunikat przekazuje swój stan emocjonalny i pozbywa się w ten sposób kumulowanych emocji. Dodatkowe łączenie słów z muzyką umożliwi dodatkową ekspresję własnych uczuć. Ciekawe byłoby nauczenie dziecka piosenki o wypadaniu włosów z głowy, o skutkach chemioterapii, o starym metalowym łóżku na oddziale; o jedzeniu szpitalnym, które staje się coraz bardziej nudne i monotonne. Dziecko, grając w tym momencie na instrumentach, wyładowywałoby wszelkie przeżycia i lęki związane z nieprzyjemnymi sytuacjami. W ten sposób u dziecka nie tylko obniża się lęk, ale również podkreśla on w ten sposób swoją indywidualność. W szpitalu bardzo często dzieci traktowane są instrumentalnie, bezosobowo, jak pisze 16-letni Michał: „Bo dla niektórych to nie jesteśmy my tutaj tylko nasz rak”, a Paweł dodaje: „Tak naprawdę to oni się nie interesuje mną. Ważne są tylko moje flaki⁵⁵”.

Wykonywanie utworu, uczucie występu jest dla dziecka podkreśleniem jego indywidualności. Z czasem to dziecko może stać się inicjatorem spotkań, samo proponując temat zajęć. W ten sposób nieświadomie może przekazywać

⁵⁵ J. Binnebesel, *Opieka nad dziećmi...*, *op. cit.*, s. 179.

swój stan emocjonalny i w sposób nieświadomy go poprawiać. W tym momencie muzyka to rozmowa o swoim stanie zdrowia i o obecnie przeżywanym stanie emocjonalnym.

W celu zredukowania poziomu lęku w pracy z dziećmi chorymi można wykorzystać „Spontaniczny Teatr Muzyczny” w skrócie STM. Technikę tę proponuje I. Polak, łącząc zasób technik parateatralnych, uzupełnionych działaniem improwizowaną muzyką. Elementami tych działań są: ruch, gest, mimika, szukanie własnego dźwięku. Efektem stosowania techniki STM ma być uzyskanie swobody ruchu, rozwój wyobraźni, odprężenie. Spotkania mogą obejmować działania dźwiękiem, ukazywanie samego siebie przez realizowanie zadań muzycznych, zabawy ze słowem podczas śpiewu. Lepiej jest coś wyśpiewać, pokazać ruchem, niż powiedzieć⁵⁶.

Ważnym problemem w rzeczywistości szpitalnej jest ruch. Potrzeba nieskrępowanego działania należy do podstawowych potrzeb małego pacjenta. Brak ruchu prowadzi do niekorzystnych zmian w psychofizycznym funkcjonowaniu dziecka. Jest przyczyną złego samopoczucia, rozdrażnienia, wybuchów złości, apatii, braku zainteresowania otoczeniem, złego łaknienia czy zaburzeń snu. Osłabia siły dziecka do walki z chorobą i zaburza jego rozwój.

W badaniach J. Binnebesela ponad połowa z 113 dzieci chorych na nowotwór podkreślała ograniczenie aktywności ruchowej⁵⁷. Problem ruchu poruszany był przez wszystkich pacjentów, jednak najbardziej jest on ważny dla dzieci najmłodszych. Dzieci, mówiąc o ograniczeniach związanych z ruchem, koncentrowały się przede wszystkim na kwestii swobodnej ekspresji ruchowej w formie biegania po oddziale i zabaw ruchowych. Ich zdaniem brak ruchu utrudnia im wyładowanie energii. Problem zapewnienia postulowanej przez chorych większej swobody wydaje się dość istotny dla ich dobrego samopoczucia.

Ścisły związek między muzyką a ruchem człowieka znany jest już od dawna. Wiadomo, iż muzyka inspiruje ruch, który jest z kolei efektem stanu emocjonalnego wywołanego przez muzykę. Melodia przez działanie na stronę emocjonalną pacjenta wprowadza go w odpowiedni nastrój. Rytm jest czynnikiem narzucającym określoną częstotliwość ruchów i regulującym tor oddechowy. Całość działa w sposób propulsywny w stosunku do ruchu, w sposób steniczny do wysiłku fizycznego⁵⁸.

Ruch taneczny działa na pacjenta wszechstronnie, w kilku płaszczyznach angażując analizator ruchowy, słuchowy, wzrokowy i dotykowy⁵⁹.

⁵⁶ I. Polak, *Techniki parateatralne w psychomuzykoterapii*, „Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu” 1983, nr 22, s. 71–80.

⁵⁷ J. Binnebesel, *Opieka nad dziećmi...*, *op. cit.*, s. 163.

⁵⁸ M. Janiszewski, *Muzykoterapia aktywna*, Warszawa–Łódź 1993, s. 61.

⁵⁹ K. Lewandowska, *Muzykoterapia dziecięca*, Gdańsk 2001.

H. Cesarz dodaje, że ćwiczenia integrujące muzykę i ruch, czyli wszelkie improwizacje ruchowe do muzyki, wyzwalają spontaniczną, atawistyczną niejako potrzebę wypowiedzania się swoim ciałem. Muzykę można przeżywać jako ukształtowany w określony sposób ruch, który słyszymy, odczuwamy, a nawet „widzimy” oczami wyobraźni. Wykorzystując odpowiednie środki techniki kompozytorskiej, można dość łatwo odzwierciedlać różnorodne stany uczuciowe człowieka. Słuchacz łatwo wyobraża sobie uczucia, ponieważ struktury muzyczne są do nich podobne. Muzyka może być symbolem życia, uczuć, przemijania, energii. Podobnie słowa i ruch o różnym zabarwieniu emocjonalnym mogą łatwo znaleźć w muzyce swoje odpowiedniki⁶⁰.

K. Lewandowska twierdzi, że ruch taneczny działa na pacjenta wszechstronnie, w kilku płaszczyznach, angażując jednocześnie kilka zmysłów. Pomaga on wyzbyć się izolacji, umożliwia korektę zaburzonych stosunków interpersonalnych, stanowi trening w zakresie poprawiania sprawności fizycznej, koncentracji uwagi, ułatwia podejmowanie szybkich decyzji, pozwala na uewnętrzzenie różnych nastrojów oraz dostarcza przeżyć estetycznych.

Wykorzystanie muzykoterapii, której celem byłoby zapobieganie hipokinezji wśród dzieci z chorobą nowotworową, jest bardzo celowe i może przynieść korzyści. Ruch w połączeniu z muzyką służyłby nie tylko rozruszaniu się, o którym piszą pacjenci. Korzyści dotyczą również wyładowaniu agresji w ruchu, sposobu na zorganizowanie czasu, nawiązanie kontaktu z innymi osobami (przez taniec) i w konsekwencji wyrażaniu swoich emocji i uczuć. Organizowanie takich zajęć przyniosłoby korzyści zarówno personelowi, jak i rodzicom. Opiekunowie dzieci nie musieliby się przejmować niebezpieczeństwem okaleczenia dzieci podczas ich swobodnego biegania po oddziale w miejscach, gdzie znajdują się urządzenia medyczne i inne przedmioty wyposażenia szpitalnego.

W zapobieganiu hipokinezji zajęcia muzyczno-ruchowe można połączyć z zadaniami pobudzającymi wyobraźnię dziecka, np. rysowaniem. Pobudzając fantazję dzieci, pozwalamy im zapomnieć, że znajdują się w szpitalu. Podczas zajęć nie tylko występuje aktywność ruchowa, ale również wycieczka w krainę fantazji i piękniejszego świata. Odpowiednio dobrana muzyka, nawiązująca do dużych przestrzeni, pozwoli w sposób naturalny wczuć się dzieciom w wyobrażenia, jakie utwór w nich wywoła. Nadają się do tego taneczne utwory z dźwiękami ptaków, z szumem drzew, biologiczne dźwięki ciała (szczególnie oddech i bicie serca), wszystko, co kojarzy się z naturą i przestrzenią.

Dodać jeszcze trzeba, że jeśli odtwarzamy dźwięki zwierząt, a były one pod działaniem stresu, to dźwięk przez nie wydawany może obniżać energię. Podobnie negatywnie działa wszelki hałas oraz dźwięki regularne (np. tykanie zegara czy metronomu) – nic bowiem, co słyszymy w przyrodzie, nie ma ściśle

⁶⁰ H. Cesarz, *op. cit.*, s. 8–9.

regularności. Regularność jest sztuczna i jako taka stresująca. A więc nie regularność, lecz harmonia, twórcza postawa związana z równowagą ducha i ciała, muzyka transmitująca puls przez obydwie półkule mózgu do całego ciała i przez meridiany ma oddziaływanie lecznicze⁶¹.

H. Cesarz proponuje dodatkowo, aby improwizujący mógł osiągnąć taki poziom swojej cielesnej ekspresji, w której spontaniczny ruch wyzwolony przez muzykę połączony byłby z żywym instrumentem, jakim jest głos, przekazujący nie tylko przez mowę różnorodne stany emocjonalne. Takie pobudzanie własnej aktywności psychicznej „wywoływanie w sobie muzyki” ożywia emocjonalnie, pozwala na reaktywację naturalności ekspresji, bardziej adekwatne wyrażanie uczuć, redukcję napięć oraz uczy reagować na sytuację wokół siebie w nowy, naturalniejszy i bardziej twórczy sposób⁶².

Dobór materiału muzycznego

Istotną częścią działań muzykoterapeutycznych jest właściwy dobór materiału muzycznego dla zamierzonych celów. Wybór materiału do zajęć przez muzykoterapeutę dokonywany powinien być w oparciu o jego intuicję, doświadczenie i wiedzę muzyczną. Bardzo ważna jest również znajomość upodobań pacjentów. Toteż istotą programowania powinno się stać świadome i oparte na naukowych przesłankach dobieranie muzyki najlepiej spełniającej potrzeby zamierzonych celów terapeutycznych. Skuteczność działań muzykoterapeutycznych wymaga dokładnej znajomości trzech czynników:

1. substancji muzycznej – jako środka oddziałującego,
2. człowieka – jako podmiotu działań terapeutycznych,
3. wzajemnych stosunków człowiek–muzyka,

Aby programowanie muzyki terapeutycznej było procesem świadomym, konieczne staje się nie tylko wykorzystanie wiedzy muzycznej i doświadczeń innych muzykoterapeutów, ale również rozwijanie „własnej” wrażliwości na muzykę i nabycie umiejętności jej analizowania pod kątem funkcji terapeutycznej. Zadaniem muzykoterapeuty jest odszukanie takich cech utworu muzycznego, które świadczą o jego przydatności dla określonego celu muzycznego⁶³.

Pomocą mogą okazać się badania przeprowadzone w Instytucie Inżynierii Zarządzania Politechniki Poznańskiej, które dotyczyły znalezienia korelacji

⁶¹ E. Klimas-Kuchtowa, *op. cit.*, s. 153.

⁶² H. Cesarz, *op. cit.*, s. 12.

⁶³ K. Kukielczyńska, *Koncepcja programowania muzyki terapeutycznej*, „Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu” 1998, nr 73, s. 73–74.

pomiędzy tonacjami utworów muzycznych a ich oddziaływaniem na fizjologię i psychikę organizmu. Badania były przeprowadzane na osobach dorosłych.

Największe zmiany widoczne były przy stosowaniu tonacji durowych z przewagą tonacji F-dur i G-dur. W przypadku problemów emocjonalnych (gniew, żal, brak miłości, brak radości) występowało silne zapotrzebowanie w terapii muzyką na utwory szczególnie w tonacjach C, D, d, F, G⁶⁴.

Zakończenie

Choroba człowieka zawsze będzie w dotkliwy sposób zmieniać jego dotychczasowe położenie, jego świat i sposób funkcjonowania. Zawsze będzie wprowadzać ze sobą element ogólnowymiarowego cierpienia, poczucie pewnego dyskomfortu i ograniczeń. Możemy jedynie próbować uczyć się od chorych cierpliwości i miłości, uczyć się wspomagającej obecności, by nie być tylko obok nich jako współczujący obserwatorzy cierpienia, ale stanowić dla nich wsparcie. Przebywając z chorym, dostrzegać w nim wciąż pełnowartościowego człowieka, który nie utracił nic prócz zdrowia i wciąż zasługuje na miłość, szacunek i uczestnictwo w życiu rodzinnym i społecznym, mimo wynikających z choroby ograniczeń.

Łącząc wiedzę i doświadczenie osób pracujących na oddziałach onkologicznych z wiedzą muzykoterapeutów jest możliwość, po wcześniejszym przeprowadzeniu badań, opracowania programów z zakresu muzykoterapii dla dzieci z chorobą nowotworową. Muzykoterapia jako leczenie wspomagające nie tylko przynosi ulgę w cierpieniu chorym dzieciom, ale ułatwia również pracę personelowi medycznemu.

Dziecko dzięki obniżeniu agresji, rozładowaniu emocjonalnym lepiej znosiłoby skutki leczenia i łatwiej nawiązywałoby kontakt. Przede wszystkim zaś istnieje wielka potrzeba obecności na oddziałach kochających rodziców, pedagogów, psychologów i muzykoterapeutów – osób zwracających uwagę na świat wartości, tworząc pomimo choroby harmonię, nadzieję, atmosferę dialogu, szacunku i indywidualności. Muzykoterapię powinno się wprowadzać szczególnie do szpitali, miejsc, gdzie cierpienie, lęk, smutek i radość należą do określonych ról człowieka chorego, który znajduje się pomiędzy biegunami życia i śmierci⁶⁵.

Nie zlikwidujemy całkowicie cierpienia i bólu z życia ludzkiego, ale możemy wzajemnie się wspierać w znoszeniu tego cierpienia, darując innym osobom swój czas, autentyczną obecność, miłość, dając wsparcie i nie pozostawia-

⁶⁴ H. Portalska, *Psychofizjologiczne oddziaływanie utworów muzycznych*, „Fizjoterapia” 1998, nr 3, s. 45.

⁶⁵ A. Janicki, *O potrzebie...*, *op. cit.*, s. 93.

jąc go samego na polu bitwy z bólem, samotnością, cierpieniem, lękiem i jego chorobą. Spróbujmy uwierzyć, że również siłą miłości, dźwięku i muzyki można częściowo zredukować ich wszechogarniające cierpienie.

Bibliografia

- Armata J., *I otrze Bóg wszelką łzę. O dzieciach chorych na białaczkę i inne opowiadania*, Kraków 1997.
- Binnebesel J., *Opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową*, Toruń 2000.
- Binnebesel J., *Opieka nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową w doświadczeniu pacjentów*, Toruń 2003.
- Podręczna encyklopedia zdrowia*, tłum. G. Jonderko, Poznań 2002.
- Gadacz T., *O umiejętności życia*, Kraków 2002.
- Garczyński S., *Potrzeby psychiczne, niedosyt-zaspokojenie*, Warszawa 1969.
- Hertl M. i R., *Chore dziecko*, Warszawa 1995.
- Janiszewski M., *Muzykoterapia aktywna*, Warszawa-Łódź 1993.
- Kalina K., *Akuszzeria dusz, Opieka duchowa nad umierającymi*, Warszawa 2001.
- Kawalec W., Kubicka K. (red.), Warszawa 1999.
- Kübler-Ross E., *Życiodajna śmierć. O życiu, śmierci i życiu po śmierci*, Poznań 1998.
- Lewandowska K., *Muzykoterapia dziecięca*, Gdańsk 2001.
- Łopatkowa M., *Samotność dziecka*, Warszawa 1983.
- Maman F., *Rola muzyki w XXI wieku*, Lublin 1999
- Natanson T., *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Kraków 1979.
- Pawłega J., *Zarys onkologii – podręcznik dla studentów i lekarzy*, Kraków 2002.
- Problemy medycyny paliatywnej w onkologii*, B. Siwek (red.), Lublin 1996.
- Romanowska B., *Inny głos Barbary R.*, Katowice 2003.
- Schwabe Ch., *Leczenie muzyką chorych z nerwicami i zaburzeniami czynnościowymi*, Warszawa 1972.
- Szczepaniak L., *Moralne problemy związane ze szpitalną opieką służby medycznej*, Kraków 2003.
- Szelmer P., *Leczenie objawowe w stanach terminalnych*, Kraków 2002.
- Świat ludzkich uczuć*, (red.) W. Szewczyk, Tarnów 1997.
- Wierszyłowski J., *Psychologia muzyki*, Warszawa 1970.
- Zmagając się z chorobą nowotworową*, D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), Kraków 1999.

Wideotrening Komunikacji w pracy z rodziną z dzieckiem cierpiącym

Wprowadzenie

Ból i cierpienie w rodzinie mogą mieć wiele wymiarów. Jednym z nich niewątpliwie jest ciężka choroba somatyczna dziecka. Cierpieniu fizycznemu i różnorodnym dolegliwościom dziecka towarzyszy zazwyczaj cały szereg trudności o charakterze psychologicznym, będących udziałem już nie tylko samego dziecka, ale i całej jego rodziny. Stan zdrowia dziecka w istotny sposób wpływa bowiem na relacje pomiędzy członkami rodziny (Makiello-Jarża 1996), a w niektórych przypadkach choroba może w sposób negatywny oddziaływać na ich jakość. W tego rodzaju sytuacji istotną rolę pełni specjalistyczne wsparcie psychologiczne rodziny, które – choć nie jest przecież w stanie doprowadzić do wyleczenia choroby somatycznej, sprzyja konstruktywnemu radzeniu sobie z jej psychologicznymi skutkami, a zatem przyczynia się do ograniczenia zasięgu psychologicznych objawów wtórnych choroby. Przykładem tego rodzaju pomocy mogą być wszelkie działania ukierunkowane na wspomaganie i poprawę procesów komunikacyjnych w rodzinie, a także wykorzystanie posiadanych przez nią zasobów w radzeniu sobie z sytuacją trudną. Poniżej, na przykładzie pracy z rodziną z dzieckiem chorym na białaczkę (łac. *leukemia*), omówione zostaną najważniejsze założenia, cele i sposoby pomocy rodzinie metodą Wideotreningu Komunikacji w sytuacji zmagania się z chorobą i cierpieniem dziecka.

1. Wideotrening Komunikacji jako metoda pracy z rodziną

1.1. Informacje ogólne

Wideotrening Komunikacji (ang. *Video Interaction Training, VIT*) to metoda pracy z rodziną z zastosowaniem kamery video, ukierunkowana na wspieranie całości systemu rodzinnego oraz jego poszczególnych członków poprzez polepszanie komunikacji w systemie rodzinnym a także wzmacnianie i aktyw-

wizowanie jego potencjału. Powstała w latach 90. XX w Holandii, obecnie stosowana jest z powodzeniem w większości krajów europejskich i Stanach Zjednoczonych. Praca z rodziną w tym ujęciu ma charakter treningowy i dotyczy przede wszystkim obszaru komunikacji interpersonalnej oraz umiejętności wychowawczych.

Trener nagrywa około dziesięciminutowe filmy z codziennych sytuacji w życiu rodziny, takich jak wspólna zabawa, posiłki czy inne zajęcia, w których obecni są zarówno rodzice, jak i dzieci. Zbierając materiał filmowy trener stara się uchwycić szczególnie udane momenty interakcji między członkami rodziny. Nagrania są następnie analizowane przez trenera pod kątem udanych interakcji, czyli momentów dobrego kontaktu rodziców z dziećmi. Analiza ta odbywa się w oparciu o wyodrębnione i opracowane w ramach metody VIT konkretne kategorie i wzory zachowań komunikacyjnych. Pozwala to na określenie potencjału rodziny (już posiadanych przez rodzinę umiejętności i zasobów) oraz obszarów do pracy (zachowań, które nie występują i na których pojawienie się będzie ukierunkowana praca, lub też zachowań niekorzystnych, wymagających zastąpienia innymi). Następnie, trener omawia wybrane fragmenty z rodzicami lub – w zależności od potrzeb – z całą rodziną, wzmacniając istniejący potencjał oraz zmieniając to, co stanowi obszar do pracy. W oparciu o konkretny obraz, w specyficzny sposób omawia się odpowiednie aspekty procesu komunikacji i wychowania dziecka, zależnie od zgłoszonego problemu czy zapotrzebowania. Wszystkie punkty do pracy systematyzuje się, od tych podstawowych do bardziej złożonych. W analogiczny sposób rozplanowuje się kolejne spotkania. Dzięki temu, po każdym omówieniu rodzice pozostają z konkretnie sformułowanym punktem do pracy na najbliższe dni, a kolejne nagrania pozwalają zweryfikować czy faktycznie dana kwestia uległa poprawie. Tego rodzaju ewaluacja może być dokonana przez samych rodziców – trener nie pełni więc funkcji oceniającej lecz raczej osoby towarzyszącej w procesie zmiany. Jeśli kolejne nagranie pokazuje, że dany cel został osiągnięty, w następnym omówieniu przechodzi się do dalszych kwestii. Jeśli nie, pozostaje się przy danej kwestii, dostosowując ilość poświęconej uwagi do potrzeb rodziny, co nadaje indywidualny charakter pracy. Omówienie zawsze opiera się o oglądany obraz, co stanowi zarówno wspólną płaszczyznę porozumienia z rodziną, jak i czynnik obiektywizujący¹. Częstotliwość oraz liczba nagrań i omówień jest różna, dostosowana do sytuacji i potrzeb danej rodziny. Przeciwnie, praca z rodziną to kilka-, kilkanaście cotygodniowych spotkań, zawsze mających charakter cyklu: nagranie – omówienie.

¹ Ponadto, pozwala na efektywną pracę także z osobami słabo zwerbalizowanymi.

1.2. Najważniejsze założenia metody VIT jako swoista przeciwwaga dla sytuacji cierpienia i kryzysu

Cechą istotną Wideotreningu Komunikacji jest prezentowanie tylko fragmentów przedstawiających udane momenty interakcji w rodzinie, nawet jeśli praca dotyczy eliminacji niepożądanych zachowań lub wprowadzania nowych. Trener w taki sposób musi poprowadzić proces omawiania materiału, aby osiągnąć efekt pracy nad rozwiązaniem problemu opierając się tylko na fragmentach pozytywnych (lub – jeśli jest ich zbyt mało – prezentując fragmenty stosunkowo najbardziej zbliżone do pozytywnych). Jest to istotne z wielu przyczyn, zarówno o charakterze teoretycznym jak i praktycznym. Pierwszy ich rodzaj wynika przede wszystkim z podstaw teoretycznych Wideotreningu Komunikacji, zwłaszcza teorii społecznego uczenia się zachowań, sformułowanej przez Bandurę (Vasta, Haith, Miller 1998).

W myśl jej założeń, uczenie się poprzez obserwację modelu zachowań ma miejsce podczas omówienia materiału filmowego. Składa się nań zarówno sam proces oglądania, jak i charakter poprzedzającej go sytuacji oraz sposób postępowania trenera, który dostarcza określonego typu wzmocnień. Wzmocnienia te z kolei osadzone są w nurcie klasycznych teorii uczenia się (warunkowanie instrumentalne), reprezentowanych przez Skinnera i Thorndike'a (Kozielecki 1995). Dostarczenie więc członkom rodziny obrazów pozytywnych, wraz z pozytywnymi wzmocnieniami przyspiesza proces uczenia się pożądanых zachowań i ich implementacji przez rodzinę w innych sytuacjach w przyszłości. Dodatkowo, konfrontacja z tym co stanowi pozytywną część trudnej przecież sytuacji cierpienia w chorobie może być źródłem ulgi i motorem do bardziej całościowego oglądu sytuacji, uwzględniającego to, co bolesne i ciężkie ale i to, co dobre i przyjemne.

Prezentacja obrazów negatywnych wywołałaby skutek odwrotny w stosunku do celu pracy, mianowicie uczenie się i zwiększenie częstotliwości zachowań niepożądanych oraz pogłębienie doświadczanego smutku. Za postępowaniem się pozytywnym obrazem przemawia także czynnik praktyczny, bowiem oglądanie udanych interakcji pozwala uniknąć przyjęcia przez rodziców postawy obronnej, która praktycznie uniemożliwiałaby wprowadzenie jakiegokolwiek zmiany w zachowaniu.

Ponadto, praca wykorzystująca momenty udanej komunikacji zapewnia poczucie bezpieczeństwa, wzmacnia rodziców w ich rolach rodzicielskich i poczucie własnej kompetencji, co ma istotne znaczenie, w myśl teorii poczucia własnej skuteczności (Wels 2001), w podjęciu procesu zmiany. Dzięki temu, sprzyja się utrzymaniu motywacji rodziny do pracy nad poprawą swego funkcjonowania.

1.3. Sposób pracy z rodziną metodą VIT na tle funkcjonalnego ujęcia wsparcia społecznego

Choroba nowotworowa często stereotypowo spostrzegana jest w społeczeństwie jako nieuleczalna, a więc w pewnym sensie – jako już obecny wyrok śmierci (Pilecka 2004). Dlatego – niezależnie od obiektywnych rokowań stanu dziecka i możliwości wyleczenia – w subiektywnym rozumieniu jego bliskich może być przeżywana jako terminalna¹. Taka sytuacja stanowi więc w pewnym sensie okres przelomowy w życiu rodziny, pociągający za sobą ogrom zmian w całości funkcjonowania zarówno samego chorego (Życińska 1998) jak i jego bliskich. Dotychczasowe sposoby funkcjonowania z konieczności ulegają radykalnej zmianie, a stosowane dotąd sposoby radzenia sobie z trudnościami życiowymi mogą okazać się niewystarczające wobec bieżącej sytuacji. Dlatego, nie bezpodstawną jest hipoteza, iż rodzina zмага się wtedy nie tylko ze znacznym stresem, ale także z kryzysem psychologicznym, rozumianym jako „ostre emocjonalne załamanie, uwarunkowane sytuacyjnie, socjokulturowo i rozwojowo, polegające na czasowej niezdolności do zmagania się środkami dotychczas przez kogoś stosowanymi w rozwiązywaniu ważnych problemów życiowych” (Hoff, 1995 za: Kubacka-Jasiecka 1997, s. 13). W takim rozumieniu sytuacji rodziny łatwiej wyodrębnić pewne cechy procesów intrapsychicznych i wynikających z tego zachowań interpersonalnych, jakie mogą być udziałem jej poszczególnych członków. Charakteryzując cechy kryzysu jako stanu psychiki, Kubacka-Jasiecka (1997) wymienia między innymi wysoki poziom napięcia emocjonalnego, często przeżywanego lękowo, zachwianie równowagi psychicznej oraz pojawiające się w rezultacie rozgniewanie, zmieszanie, niepewność a także poczucie winy. W wymiarze poznawczym często pojawia się natomiast poczucie uwięzienia w chaosie wydarzeń bez związku i wewnętrznego sensu czyli utrata umiejętności rozpoznania związków pomiędzy wydarzeniami i zachowaniami. Dlatego, jednym z celów nadrzędnych pracy metodą VIT z rodziną znajdującą się w sytuacji o cechach kryzysu jest z jednej strony obniżenie napięcia emocjonalnego, niepewności i poczucia winy, a z drugiej – pomoc w poznawczym porządkowaniu wydarzeń i zachowań oraz w rozpoznawaniu i rozumieniu związków pomiędzy obserwowanymi zachowaniami, w szczególności tymi, które mają miejsce w kontakcie rodzica z dzieckiem.

Wiedotrening komunikacji, mając formę wysoce ustrukturalizowanej i podporządkowanej określonej relacji z klientem, w sposób płynny wpisuje się w nurt funkcjonalnie rozumianego wsparcia społecznego, definiowanego w literaturze przedmiotu jako „rodzaj interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez uczestników sytuacji problemowej, trudnej, stresowej, krytycznej. (...) Celem interakcji wspierającej jest podtrzymanie i zmniejsze-

nie stresu lub kryzysu przez towarzyszenie, wymianę emocji, tworzenie poczucia przynależności, bezpieczeństwa i nadziei oraz zbliżenie do rozwiązania problemu i przezwyciężenia trudności (kryzysu)” (Sęk, 1997, s. 149). W związku z tym, poszczególne działania trenera metody VIT mogą być rozpatrywane w kategoriach dążenia do udzielenia klientowi konkretnych rodzajów wsparcia, które w aspekcie treściowym dzieli się na emocjonalne, informacyjne, instrumentalne i rzeczowe (tamże) – takie rozumienie celów metody VIT wydaje się mieć szczególne odniesienie do pracy z rodziną w sytuacji stresu, cierpienia czy kryzysu:

– wsparcie emocjonalne to przede wszystkim „przekazywanie w toku interakcji emocji podtrzymujących uspokajających, odzwierciedlających troskę, pozytywne ustosunkowania do osoby wspieranej (...). Osoby cierpiące i przeżywające kryzys mogą dzięki interakcji wsparcia uwolnić się także od własnych napięć i negatywnych uczuć, mogą wyrazić swoje obawy, swój smutek. Poprawia to nie tylko samoocenę, ale wpływa też na samopoczucie” (tamże, s. 149). Trener nawiązuje pozytywny, wspierający kontakt z rodziną, unika prezentowania siebie jako eksperta. Wręcz przeciwnie – dąży raczej do stawiania samych rodziców w tej pozycji jako tych, którzy wiedzą najwięcej o swoim dziecku, najlepiej rozumieją jego reakcje i stanowią dla niego osoby najważniejsze. Dzięki temu dąży do umocnienia lub odbudowania pozytywnej samooceny rodziców, często mocno zachwianej w sytuacji kryzysu. Jednocześnie, wspólna analiza nagrań stwarza okazję do wyrażenia obaw, niepokoju i przeżycia ich w konstruktywny sposób. Często dyskusja taka wymaga dostarczenia rodzicom konkretnych informacji i wiedzy z zakresu psychologii oraz wychowania, co odpowiada kolejnemu, informacyjnemu aspektowi wsparcia.

– wsparcie informacyjne „to wymiana w toku interakcji takich informacji, które sprzyjają lepszemu zrozumieniu sytuacji, położenia życiowego i problemu. Chodzi tu także o dostarczenie informacji zwrotnych o skuteczności podejmowania przez osobę wspieraną różnych działań zaradczych” (tamże, s. 149). Oczywiście, informacje zwrotne co do skuteczności podejmowanych działań odbierane są przez rodziców przede wszystkim poprzez materiał filmowy, ale dostarcza ich także trener, w formie wzmocnień, własnych spostrzeżeń, komentarzy i potrzebnej wiedzy teoretycznej.

– wsparcie instrumentalne „to rodzaj instruktażu polegający na przekazywaniu informacji o konkretnych sposobach postępowania, może to być także forma modelowania skutecznych zachowań zaradczych” (tamże, s. 150). Jak wspomniano wyżej, w ujęciu VIT proces modelowania ma specyficzny charakter – rodzice stają się modelami sami dla siebie poprzez wykorzystanie zjawiska automodelowania (*self-imposed modelling*, Wels 2002). W wyjątkowych sytuacjach trener także podejmuje rolę modela prawidłowych zachowań, dzieje

się to jednak stosunkowo rzadko i w ograniczonym zakresie, z uwagi na dążenie do maksymalizacji aktywności własnej rodziców i wzmacniania ich pozytywnej samooceny jako osób skutecznie radzących sobie. Automodelowanie sprzyja temu procesowi i staje się skutecznym narzędziem budowania poczucia własnej skuteczności (jako opozycji do poczucia braku wpływu i bezradności wobec choroby i cierpienia dziecka) oraz aktywizowania potencjału zaradczego wspieranych.

– wsparcie materialne „to świadczona pomoc materialna, rzeczowa i finansowa (...); wiąże się z działalnością charytatywną i dobrze realizuje się w społecznościach altruistycznych, dbających w szczególny sposób o godność odbiorców tych akcji pomocowych” (tamże, s. 150). Chociaż ten aspekt pomocy dotyczy przede wszystkim kryzysu o charakterze katastrof, odnosi się on także do pomocy w innych sytuacjach kryzysu, bowiem rezultatem może być dramatyczne nieraz pogorszenie się bytowej sytuacji rodziny. Pomoc w modelu VIT, w ramach tzw. planu pomocy (*traject plan*), zakłada pracę dotyczącą również materialnych dziedzin życia rodziny. Jeśli istnieje taka potrzeba, trener VIT tworzy i prowadzi zespoły zadaniowe, złożone ze specjalistów zaangażowanych w pomoc rodzinie (np. pracowników socjalnych, kuratorów i in.), którzy wspólnie pracują nad zapewnieniem odpowiedniego wsparcia rodzinie, korzystając często z różnego typu rządowych i pozarządowych programów pomocowych.

2. Pomoc rodzicom cierpiącego dziecka

– cele i sposoby ich realizacji w metodzie VIT

Rodzina, której przypadek stanowi praktyczną ilustrację omawianych kwestii teoretycznych i metodologicznych, składa się z 3-letniego chłopca, przebywającego w szpitalu w związku ze zdiagnozowaną białaczką, oraz jego matki, która zwróciła się o pomoc w związku z wybuchami złości syna, jego trudnymi reakcjami emocjonalnymi i licznymi konfliktami w szpitalu. Nagrania matki i dziecka odbywały się na terenie szpitala.

Jak już wspomniano, cierpienie dziecka wywołane chorobą nowotworową może być traktowane jako doświadczenie o charakterze nie tylko stresowym (Terelak 1994), ale i kryzysowym, wraz ze wszystkimi tego konsekwencjami psychologicznymi, społecznymi, fizjologicznymi i behawioralnymi (Downs 2003), zarówno u poszczególnych członków rodziny, jak i w rodzinie jako systemowej całości. Implikacje tego faktu muszą być przez trenera dokładnie uwzględniane, a więc w praktyce wyznaczają one i determinują kierunek działań i poszukiwanych rezultatów. W tego rodzaju sytuacji, można więc mówić o oczekiwanej dwupoziomowej zmianie, jaka generalnie zachodzi w rodzinie podczas treningu i jaka miała miejsce także w omawianym przypadku.

2.1. Podstawowy poziom zmiany

Na poziomie bezpośrednim, jest to zmiana konkretnych zachowań, która ma prowadzić do poprawy komunikacji między rodzicem a dzieckiem, pomocy dziecku w radzeniu sobie z sytuacją choroby i cierpienia oraz do zwiększenia skuteczności rodzica w radzeniu sobie z problemami natury wychowawczej.

Ilustracją zmiany na tym poziomie mogą być poniższe ujęcia, pochodzące z filmów przedstawiających interakcje w rodzinie². Jak widać na ilustracji 1, potencjałem matki była uważność na dziecko, przejawiająca się między innymi w odpowiedniej, przyjaznej postawie ciała, pogodnym wyrazie twarzy. Towarzyszył temu także ciepły ton głosu. Praca treningowa ukierunkowana była więc na wzmocnienie tych umiejętności.

Punktem do pracy był natomiast brak umiejętności aktywnego nawiązywania z dzieckiem kontaktu wzrokowego, czego przykładową ilustracją jest widoczne na zdjęciu 1 spoglądanie na zabawkę trzymaną przez dziecko a nie na samo dziecko. W relacji matki z dzieckiem brakowało także kontaktu dotykowego, który dla dziecka w tej trudnej sytuacji stanowiłby czynnik uspokajający i zmniejszający stres (por. ilustracja 1). Warto jednak pamiętać, że tego typu założenia mają jedynie hipotetyczny charakter, nie dający uprawnień do wniosków przyjmowanych jako pewnik. Dlatego, w toku treningu, każde tego rodzaju założenie weryfikuje się poprzez obserwację (widocznych na kolejnych nagraniach) reakcji dziecka, pojawiających się w odpowiedzi na nowe zachowanie rodzica. Jak widać na ilustracji 2, wprowadzenie do repertuaru zachowań matki większej ilości kontaktu fizycznego z dzieckiem okazało się bardzo pomocnym i sprzyjającym czynnikiem – chłopiec w ciągu całego nagrania sprawiał wrażenie znacząco bardziej rozluźnionego i ożywionego. W połączeniu z kontaktem wzrokowym, którego aktywne nawiązywanie zostało wypracowane w toku treningu, zmiana w zachowaniu matki miała na chłopca i jego relację z nią korzystny wpływ. Na ilustracji 2 dobrze widoczna jest radość chłopca, jego zadowolenie poczuciu w bliskości z matką, przejawiające się w skierowanej w jej stronę twarzy, uśmiechu i uważnym patrzeniu w jej oczy.

Istotnym wątkiem pracy było także dostosowanie przez rodzica tempa swoich własnych ruchów i czynności do rozwojowych i zdrowotnych możliwości motoryczno-percepcyjnych dziecka. Częstą trudnością rodziców dzieci młodszych lub dzieci zażywających leki powodujące spowolnienie psychomotoryczne jest dostrojenie swoich zachowań do możliwości dziecka. Zbyt szybkie reakcje rodziców mogą powodować napięcie i dyskomfort u dziecka. W oma-

² Nie należy ich oczywiście traktować jako źródła diagnozy potencjału rodziny i obszarów do pracy. Z oczywistych względów jedno ujęcie nie może stanowić podstawy do wyciągania ogólnych wniosków. W niniejszej pracy pełnią one wyłącznie i jedynie funkcję ilustracji i przykładu.

wianym przypadku, uważna obserwacja zachowania dziecka w zabawie z matką pozwoliła jej zauważyć tę trudność syna i wprowadzić odpowiednią zmianę. Kolejne nagrania potwierdziły słusność tego działania.

2.2. Głębszy poziom zmiany

Głębszy poziom zmiany dzieje się w pewnym sensie pośrednio, jako efekt pracy nad poziomem podstawowym i ma charakter bardziej emocjonalny, związany z poczuciem własnej wartości, sprawstwa, kompetencji i kontroli. Charakter pracy trenera, jako osoby wspierającej, nie krytykującej i nieoceniającej, dobór prezentowanych rodzicom fragmentów i ich wydźwięk odgrywają tutaj najważniejszą rolę.

Udziałem rodziców dziecka ciężko chorego somatycznie często stają się trudności w kontakcie z nim i niepewność co do podejmowanych kroków wychowawczych, a także własne reakcje emocjonalne. W literaturze przedmiotu często podkreśla się iż w ciężkiej chorobie somatycznej, a zwłaszcza terminalnej, rodzice, w sposób uświadomiony bądź nie, próbują uchronić dziecko przed dostrzeżeniem ich własnej rozpacz i „zaczynają unikać bezpośrednich z nim kontaktów, co ono z kolei odczuwa jako zmniejszone zainteresowanie i brak zaangażowania emocjonalnego. Dziecko traci poczucie więzi z rodzicami, a tym samym zostaje pozbawione wsparcia i osamotnione w cierpieniu.” (Makiello-Jarza, 1996, s.152, Trzęsowska-Greszta, 1994) Niezaspokojenie tych, podstawowych przecież potrzeb, wpływa niekorzystnie na rozwój dziecka (Jundziłł 2003), tym bardziej więc utrudnia mu radzenie sobie z chorobą. Pilecka (2004), spośród faz reakcji osób bliskich chorego wymienia między innymi gniew (także na chorego) oraz poczucie winy za wszelkie wcześniejsze zaniedbania, sprzeczki. Reakcje te mogą przyczyniać się także do znacznej niepewności w pełnionej roli rodzicielskiej i napięcia odczuwanego w obecności dziecka. Dlatego, kluczowe w Wiedotreningu Komunikacji założenie opierania się na obrazach pozytywnych interakcji, nabiera tutaj tym większej wagi. Możliwość dostrzeżenia przez rodzica, udanych kontaktów z dzieckiem, przedstawionych w sposób obiektywny i pokazujących pozytywne reakcje dziecka, może stanowić emocjonalną i racjonalną przeciwwagę dla doświadczanego poczucia winy czy negatywnych emocji. Dążenie do wypracowania przez rodzica umiejętności nawiązania pozytywnego, bliskiego i intensywnego jakościowo kontaktu z dzieckiem wpływa pozytywnie na przeżywanie przez dziecko własnej choroby i poczucie więzi z rodzicami. Szczególne znaczenie ma tu praca nad wrażliwością rodzica na inicjatywy kontaktu ze strony dziecka i umiejętność właściwego ich przyjęcia, bowiem sprzyja to poczuciu bycia zauważonym i akceptowanym przez rodzica.

Jak każdy w obliczu poważnej choroby, rodzice zmagają się z poczuciem własnej bezradności, co może w rezultacie prowadzić do obniżenia poczucia własnego sprawstwa i uogólnienia go również na sytuacje wychowawcze i związane z relacją z dzieckiem. Wobec nasilenia stresu i negatywnych emocji, a także ciężaru opieki nad chorym, u bliskich może dojść do tzw. kryzysu wypalenia (Pilecka 2004), który może przybierać 3 wymiary (Maslach 1982, za: Pilecka 2004):

1. emocjonalnego wyczerpania – które m. in. wiąże się z poczuciem wyczerpania emocjonalnych zasobów oraz koniecznością zmagania się z negatywnymi uczuciami własnymi i chorego, a także poczuciem że nie można mu pomóc – przywiązanie dziecka, to jak ważny jest dla niego rodzic, to jaki rodzic ma wpływ itp.

2. depersonalizacji – przyjmowaniem nadmiernego dystansu wobec problemów chorego

3. poczucia niewystarczających osiągnięć w relacji z chorym

Brak wyraźnych postępów w stanie zdrowia, poczucie niemożności wpływania na zdrowy rozwój dziecka wywołuje w rodzicach napięcie i sprzyja między innymi powstawaniu dystansu emocjonalnego w stosunku do dziecka (Makiełło-Jarża, 1996). Wobec tego typu reakcji rodzica, a zwłaszcza poczucia bezradności i braku wpływu, w trakcie treningu szczególną wagę przywiązuje się do stworzenia mu możliwości doświadczenia tych obszarów, w których jego rola i wpływ są jednak obecne i możliwe. Niemożność natychmiastowego i samodzielnego uzdrowienia dziecka z jego choroby somatycznej jest oczywista, lecz podczas analizy filmów rodzic często zauważa całą gamę zachowań dziecka, świadczących o tym, jak ważny jest on – rodzic, dla dziecka. Dostrzeżenie tego i doświadczenie emocjonalne tego, w jaki sposób swoimi konkretnymi (często wcześniej niedostrzeganymi czy nieuświadomionymi) zachowaniami wpływa na emocje i zachowanie dziecka, pozwala rodzicowi przywrócić poczucie własnej wartości i skuteczności jako rodzica, wychowawcy i towarzysza w cierpieniu. Ma to również, jak się wydaje niebagatelne znaczenie dla przełamania poczucia własnej bezradności i niemocy wobec choroby. Pozwala to także na dokładną i wnikliwą analizę tego, które działania rodzica stanowią faktyczną pomoc dziecku i sprzyjają pozytywnemu radzeniu sobie z cierpieniem, a na które reaguje ono w sposób świadczący o doświadczaniu trudności. Dzięki temu, rodzic wypracowuje własne, efektywne sposoby pomocy dziecku i może w sposób świadomy je stosować.

Dziecko doświadczające bólu i cierpienia fizycznego a także stresu związanego z chorobą i hospitalizacją często reaguje lękiem, zachowaniami regresywnymi (Greenstone, Leviton 2004), a także labilnością emocjonalną, drażliwością, agresją. Bywa że są to zachowania wcześniej nieobecne u dziecka. Może to

stanowić źródło zaskoczenia i trudności dla rodziców. W przypadku omawianej rodziny, chłopiec reagował częstymi wybuchami złości i agresją, zarówno wobec matki jak i personelu szpitala. Dla matki zachowania te stanowiły znaczny problem i rodziły dodatkowy niepokój. Nieumiejętność poradzenia sobie z tego rodzaju zachowaniami dziecka może w rodzicu powodować niepewność w roli rodzicielskiej, bezradność. W ramach treningu ma więc miejsce wspólna analiza tego, które sposoby działania rodzica przynoszą skutek pożądaný, a które nie okazują się korzystne. Omawianie z trenerem kolejnych nagrań pod tym kątem, to w wspólna droga do odnalezienia i wypracowania najlepszych sposobów poradzenia sobie z trudnymi zachowaniami dziecka. Jednocześnie, pojawiające się pręcej czy później praktyczne doświadczenie własnej skuteczności w radzeniu sobie z problemami wychowawczymi, z jednej strony może działać uspokajająco, a z drugiej – utwierdzać w pełnieniu roli rodzicielskiej. Taki był też cel pracy z matką w omawianym przypadku. Określenie i zweryfikowanie wielu skutecznych działań matki pozwoliło na skuteczniejsze radzenie sobie z wybuchowością chłopca i jego reakcjami konfliktowymi. Wyrażna poprawa w zakresie skuteczności radzenia sobie z dzieckiem wraz z większą świadomością i pewnością siebie i podejmowanych kroków wpłynęła też pozytywnie na pewność siebie w obszarze roli rodzicielskiej.

Podsumowanie

Przez rodziców dzieci chorych i niepełnosprawnych doświadczana jest niejednokrotnie tendencja do spostrzegania dziecka jedynie przez pryzmat choroby somatycznej, koncentrowania się na objawach choroby, wszelkich sygnałach pogorszenia się lub polepszenia stanu zdrowia. Choć jest to w pełni uzasadnione charakterem i powagą sytuacji, to – przy jednoczesnym niezauważaniu innych obszarów funkcjonowania dziecka, takich jak ogólne postępy rozwojowe, czy nowe umiejętności i kompetencje w obszarach niedotkniętych chorobą – może to spowodować w konsekwencji jednostronny sposób patrzenia na dziecko, który jest, jak się wydaje, rozwojowo, emocjonalnie i relacyjnie niekorzystny dla obydwu stron. Dlatego też, koncentracja w treningu na innych, pozachorobowych obszarach funkcjonowania dziecka, stanowi istotne zabezpieczenie przed tym procesem i kieruje uwagę rodziców na już obecne i dopiero pojawiające się przejawy kompetencji i zasobów dziecka, co stanowi pole do świadomego ich stymulowania przez rodziców (przynosząc pośredni, pozytywny wpływ na ogólny rozwój dziecka) i stwarza okazję do doświadczenia pozytywnych emocji po stronie rodziców.

Zmiana w postawie rodziców względem sytuacji choroby dziecka, wyrażająca się w wyższym poziomie poczucia wpływu i własnej wartości, a prze-

de wszystkim większej świadomości co do skuteczności i znaczenia własnego zachowania dla rozwoju i procesów radzenia sobie z chorobą przez dziecko, wpływa w sposób pośredni na zmniejszenie napięcia doświadczanego przez rodziców jak i pojawiającego się w relacjach pomiędzy członkami rodziny. W efekcie, zmiany te mogą prowadzić do poprawy sytuacji interpersonalnej w obrębie całej rodziny.

Bibliografia

- Downs A., *Jak przezwyciężyć życiowy kryzys*, Gdańsk 2003.
- Greenstone J. L., Leviton S. C., *Interwencja kryzysowa*, Gdańsk 2004.
- Hetherington A., *Wsparcie psychologiczne w służbach ratowniczych*, Gdańsk 2004.
- Jundziłł E., *Potrzeby psychologiczne dzieci i młodzieży*, Gdańsk 2003.
- Kozielecki J., *Koncepcje psychologiczne człowieka*, Poznań 1998.
- Kubacka-Jasiecka D., *Z psychologii kryzysu*, w: *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*, Kraków 1997.
- Makiełło-Jarża G., *Problemy psychologiczne rodzin wychowujących dzieci niepełnosprawne i przewlekle chore*, „Zeszyty naukowe UJ”, Kraków 1996.
- Reczek E., Dąbrowska B. (red.), *Wideotrening Komunikacji. Wybór materiałów szkoleniowych*, Kraków 2001.
- Reczek E., Miś L., *Z teoretycznych i metodologicznych aspektów Wideotreningu Komunikacji*, Kraków 2001.
- Sęk H., *Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu*, w: *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*, Kraków 1997.
- Terelak J., *Stres psychologiczny*, Warszawa 1994.
- Trzęsowska-Greszta E., *Psychologiczne problemy dziecka chorującego na białaczkę*, „Zdrowie psychiczne” 1994, nr 1–2 (25).
- Vasta, Haith, Miller, *Psychologia dziecka*, Warszawa 1995.
- Wels P. M. A., *Helping with a camera. The use of video for family intervention*, Nijmegen 2002.

Wojciech Kłapa, Marta Szeliga

Media w opiece paliatywnej – propozycje wykorzystania mediów do wsparcia chorych

Jednym z zadań opieki paliatywnej jest zaspokajanie potrzeb psychicznych i duchowych chorych. Cel ten może być realizowany m.in. przez umożliwienie chorym korzystania z mediów. Stan ten spowodował, że postanowiliśmy poznać, jak chorzy korzystają z telewizji, radia, książek, czasopism i Internetu, jak należy ukierunkowywać ich zainteresowania związane z mediami, jakie sposoby korzystania z mediów są wskazane w poszczególnych etapach choroby.

W latach 1995–1999 prowadziliśmy (wspólnie z mgr Iwoną Oskędrą) badania dotyczące wspomnianych zagadnień. Uzyskaliśmy w ich wyniku obraz, który ulegał szybkim zmianom. Zjawisko to wiązało się między innymi z powstawaniem nowych kanałów telewizyjnych, stacji radiowych, pojawianiem się nowych czasopism czy upowszechnieniem się dostępu do Internetu¹. Dlatego też w nieco zmienionej formie postanowiliśmy kontynuować badania w latach 2003–2004.

Cel, zakres i organizacja badań

Kontakty i praca z ludźmi chorymi, wypowiedzi osób zaangażowanych w ruch hospicyjny, a także wyniki naszych wcześniejszych badań doprowadziły nas do sformułowania następujących problemów badawczych:

1. Jak korzystają z mediów chorzy w opiece paliatywnej?
2. Jak zmienia się pod wpływem rozwoju choroby ich zainteresowanie mediami?
3. Jak zmieniają się sposoby korzystania z mediów?
4. Jak można im pomóc w korzystaniu z mediów?

Grupę naszych informatorów stanowili chorzy onkologicznie – w stadium

¹ Zob. I. Oskędra, W. Kłapa, *Media a opieka paliatywna*, w: *Media a edukacja*, W. Strykowski (red.), Poznań 2000, s.193–199.

nierokującym wyleczenia – przebywający we własnych domach. Oprócz chorych, informacji dostarczyli nam członkowie ich rodzin oraz osoby związane z ruchem hospicyjnym. Terenem badań był Kraków.

Trudno jest określić dokładnie liczbę chorych, od których zebrano informacje – obok stałych podopiecznych, z którymi mieliśmy bezpośredni kontakt, wolontariusze i pielęgniarki uzyskali dla nas dane również od chorych, których odwiedzali okazjonalnie. Jedynymi kryteriami, jakimi posługiwaliśmy się przy doborze badanych, była możliwość kontaktu z nimi oraz to, że byli oni w stanie korzystać z mediów. Liczba ankietowanych pacjentów w przybliżeniu wynosiła 50.

Zebrany materiał wskazywał, że powszechne przekonanie o ograniczonych możliwościach intelektualnych nieuleczalnie chorych w wielu przypadkach jest nieuzasadnione. Podobnie jest w przypadku twierdzeń o niemożności korzystania z mediów – sytuacja taka występuje zazwyczaj jedynie w ostatnich dniach czy godzinach życia.

Większość chorych odczuwa potrzebę zdobywania nowych informacji. Chce dowiedzieć się jak najwięcej o chorobie, możliwościach i sposobach spowalniania jej rozwoju, samopielęgnacji. Interesuje ich też przygotowanie się do śmierci i to, co po niej następuje. Ważne dla chorych stają się wiadomości z zakresu medycyny, pielęgniarstwa, teologii i filozofii.

O ile chorzy mają możliwość korzystania z wielu prac z zakresu medycyny i pielęgniarstwa, o tyle prac z zakresu teologii przeznaczonych dla chorych jest znikoma ilość. Oprócz osób kompetentnych, głównymi źródłami informacji ze wspomnianych dziedzin są dla chorych głównie książki i czasopisma, znacznie rzadziej pacjenci szukają wiedzy ze wspomnianych zakresów w telewizji czy radiu. Jedynie trzy osoby przy pomocy swych bliskich szukały informacji z zakresu opieki paliatywnej w Internecie.

Poszukiwanie wiedzy ze wspomnianych dziedzin (medycyny, pielęgniarstwa, teologii, filozofii) było typowe dla wszystkich chorych.

Często choroba powoduje, że ludzie odtwarzają w pamięci swe przeżycia, przygody, sukcesy i porażki, analizują je z innej niż wcześniej perspektywy. Odczuwają potrzebę poszerzenia swej wiedzy, sięgania po nowe jej źródła, nauce się sposobów przekazywania jej innym, pozostawienia śladu po sobie. Dokonują bilansu swych dokonań, analizują dotychczasowe życie. Typowymi zachowaniami chorych są: czytanie literatury z zakresu najnowszej historii oraz słuchanie i oglądanie audycji radiowych i telewizyjnych. Chorzy próbują w ten sposób porównać własne przeżycia z opisami innych ludzi. Starają się na nowo ocenić swoje życie.

Powszechnym zjawiskiem jest – jak to określił jeden z pacjentów – „indywidualne rozliczanie się z historią”. Ma ono zazwyczaj dwa cele: ocenę własne-

go postępowania oraz wskazanie swym najbliższym niebezpieczeństw związanych z udziałem w życiu publicznym czy politycznym.

W czasie choroby zmieniają się również zainteresowania kulturalne, pacjenci dostosowują je do własnych możliwości. Czytanie książek lub oglądanie telewizji pozwala na chwilę zapomnieć o swojej sytuacji, czasem nawet łagodzi ból. Porównując wyniki badań z danymi uzyskanymi pod koniec lat dziewięćdziesiątych, można zauważyć, że obecnie znacznie popularniejsze jest oglądanie wielu kanałów telewizyjnych. Jest to związane z rozwojem sieci telewizji kablowej i popularnością telewizji satelitarnej. Nowym zjawiskiem wśród chorych jest codzienne oglądanie seriali telewizyjnych, największą popularnością cieszą się: *M jak miłość*, *Klan*, *Na dobre i na złe* (choć ten serial przez niektórych chorych nie jest oglądany, gdyż „porusza szpitalną tematykę”).

Rozwój choroby powoduje zmiany w korzystaniu z poszczególnych mediów. Na początku choroby pacjenci chętnie sięgają po książkę. Zazwyczaj są to pozycje dość długie: powieści, prace o charakterze popularnonaukowym. Wraz z rozwojem choroby zmniejsza się objętość czytanych tekstów. Czytają rzadziej, krótsze fragmenty, lektura zaczyna ich męczyć. Książki zastępowane są stopniowo czasopismami. Analiza tekstu drukowanego staje się coraz trudniejsza, uwaga chorych koncentruje się na ilustracjach i fotografiach.

Znaczenie czytelnictwa maleje (w porównaniu z sytuacją z końca lat dziewięćdziesiątych), obecnie dominującym sposobem spędzania czasu wolnego jest oglądanie telewizji. Przebiega ono zazwyczaj w trzech fazach:

- w początkowej fazie choroby pacjenci, podobnie jak osoby zdrowe, wybierają interesujące ich programy,

- w miarę utraty sił i sprawności ruchowej wydłużeniu ulega czas oglądania telewizji, niekiedy sięga kilkunastu godzin, a dobór programów staje się bardziej przypadkowy,

- w zaawansowanym stadium choroby oglądanie telewizji staje się coraz bardziej ograniczone, coraz trudniej jest pacjentowi zrozumieć przekazywane treści, wywołuje to rozdrażnienie, wzmaga poczucie pogarszania się stanu zdrowia i bezsilności, denerwują pacjentów zwłaszcza tzw. flesze, czyli programy informacyjne, w których informacje są podawane w ciągu kilku sekund.

Przeciwieństwem pełnego agresji, niepozostawiającego możliwości interpretacji przekazu telewizyjnego jest radio. Nabiera ono znaczenia w ostatniej fazie choroby, ponieważ:

- słuchanie nie wyczerpuje chorych,

- umożliwia im przemyślenia i interpretację słuchanych wiadomości,

- jest dostępne przez całą dobę, nadaje audycje o różnej tematyce.

Szczególne znaczenia nabierają dla chorych rozgłosnie katolickie i rozgłosnie lokalne. Tematyka audycji rozgłosni katolickich jest bliska pacjentom,

zazwyczaj pozwalają one też na telefoniczny kontakt z prowadzącymi audycje, co zapobiega osamotnieniu i daje poczucie bezpieczeństwa.

Radio lokalne pozwala choremu na uzyskanie informacji dotyczących znanego, bliskiego środowiska, znanych mu osób, a niekiedy przez telefon może on wystąpić w roli eksperta.

Komputer jest urządzeniem coraz częściej używanym przez chorych, zjawisko to nie występowało jeszcze kilka lat temu. Coraz większa liczba chorych korzysta z Internetu (głównie jako źródła wiedzy o bieżących wydarzeniach politycznych, a także możliwościach leczenia), gier komputerowych czy programów edukacyjnych (zwłaszcza encyklopedii). Dla większości chorych trudnością nie jest dostęp do komputera i sieci, lecz ograniczenia związane z niesprawnością manualną czy brakiem umiejętności obsługi najnowszych programów.

Propozycje korzystania z mediów przez chorych w opiece paliatywnej

Uzyskany materiał badawczy i własne doświadczenie umożliwiły nam opracowanie wskazówek dla chorych i ich opiekunów związanych z korzystaniem z mediów. Dotyczą one celów, zakresu i metod korzystania z mediów.

Cele korzystania z mediów

Chorzy zdobywają informacje, aby poznać, zrozumieć swoją sytuację i na ile to jest możliwe zapewnić sobie optymalne warunki życia. Korzystając z mediów, uczą się nie tylko dla siebie, chcą również zostawić możliwie trwały ślad w świadomości innych osób, zwłaszcza krewnych i bliskich znajomych. Istotne jest rozbudzanie i wzmacnianie tej motywacji. Problemem staje się jednak dobór odpowiednich źródeł informacji. Często pacjenci sięgają nie tylko po popularną literaturę i poradniki z zakresu medycyny, psychologii czy teologii lub filozofii, lecz po prace przeznaczone dla fachowców. Wiąże się z tym konieczność tłumaczenia chorem wielu zagadnień ze wspomnianych dziedzin.

Chorzy w większości wypadków źle rozumieją ich treści. Są też na rynku pseudonaukowe publikacje rozbudzające bezpodstawne nadzieje czy propagujące różnorodne „cudowne” terapie. Wskazane jest proponowanie pacjentom odpowiedniej literatury czy stron internetowych. Warto wskazywać prace popularne, krótkie, posiadające bogatą szatę graficzną. Dobrze jest też wspólnie z pacjentem analizować i komentować czytane treści, oceniając jednocześnie stopień ich zrozumienia.

Wraz z rozwojem choroby psychofizyczne możliwości chorych onkologicznie stają się znacznie ograniczone. Pogarsza się koncentracja, występują trud-

ności ze zrozumieniem informacji, chorzy szybciej się męczą. Polecić więc im należy, aby zaznajamiali się z interesującymi ich zagadnieniami wtedy, kiedy nie są znużeni np. rano. Robili częste przerwy i w miarę możliwości rozmawiali z domownikami bądź opiekunami o poznawanych zagadnieniach w trakcie czytania, oglądania telewizji czy słuchania radia.

Uwzględnić należy – zwłaszcza w późniejszych stadiach choroby – wpływ środków znoszących ból. Chorzy przyjmujący te leki w zależności od ich rodzaju, dawki i czasu przyjęcia mogą mieć zakłócone procesy myślowe: od stanów „jasności umysłu”, szybkiego i logicznego analizowania i wnioskowania po przyjęciu preparatu do trudności w rozumieniu i analizowaniu danych po zaprzestaniu działania środka przeciwbólowego. Zaburzona może zostać też droga przekazu informacji: są osoby, których drażnią dźwięki - zwłaszcza wypowiedzane szybko, długie, złożone zdania; są też chorzy, u których podobne efekty wywołują szybko zmieniające się obrazy. Sposób i tempo przekazu informacji pacjentom powinny być dostosowane do ich możliwości i przyzwyczajeń, w większości przypadków wskazane jest zmienianie i łączenie kanałów przekazu informacji. Odbiorowi informacji sprzyja również kontakt pozawerbalny. Odpowiednia gestykulacja, podanie choremu ręki, pomoc w przyjęciu wygodnej pozycji stanowią czynniki sprzyjające korzystaniu z mediów.

Istotne jest też przygotowanie pomieszczenia, w którym przebywa chory. Powinien on mieć w zasięgu ręki urządzenia uruchamiające telewizor, radio; telefon, przybory do pisania, podstawki ułatwiające czytanie książek. Wskazane jest, aby chory mógł korzystać z dyktafonu czy słuchawek.

W momentach gorszego samopoczucia dobrym sposobem przekazu informacji choremu jest czytanie mu książek lub prasy przez osoby opiekujące się nim. Uwzględnić należy wówczas odpowiednie tempo przekazu informacji, stosować przerwy w czytaniu, wyjaśniać niezrozumiałe dla chorego fragmenty tekstu, dobierać odpowiednią do stanu chorego tematykę.

Podsumowanie

Zebrane przez nas informacje wskazują, że wiedza o potrzebach, oczekiwaniach, możliwościach pacjentów związana z korzystaniem z mediów jest niewystarczająca; zjawiska związane z opisywaną problematyką są dynamiczne (dotyczy to zwłaszcza nowych rodzajów przekazu telewizyjnego czy przekazu przez Internet); trudno jest uznać za dopracowane metody ułatwiające chorym korzystanie z mediów. Zebrany materiał uwidocznił też brak odpowiednich dla pacjentów i ich opiekunów informacji z zakresu wiedzy religijnej i tanatologicznej.

Wojciech Kłapa, Iwona Wilk

Organizacja czasu wolnego pacjentom w opiece paliatywnej – potrzeby, oczekiwania, możliwości

Wprowadzenie

Opieka paliatywna i hospicyjna zgodnie z definicją WHO stanowią ten sam rodzaj opieki, charakteryzującej się wszechstronnością działań (holistyczna opieka) mających na celu zaspokojenie wielorakich cielesnych, psychicznych, socjalnych i duchowych potrzeb chorych z niepoddającą się leczeniu przyczynowemu, zagrażającą życiu, postępującą chorobą oraz zapewnienie wsparcia ich rodzinom podczas choroby i w okresie osierocenia po śmierci bliskiej osoby. Do zadań zespołu profesjonalnego i wolontariuszy należy łagodzenie wszelkich dokuczliwych objawów związanych z chorobą i leczeniem, łagodzenie lęku i depresji, przeciwdziałanie osamotnieniu i izolacji oraz ofiarowanie wsparcia duchowego¹. Celem działań wielodyscyplinarnego zespołu jest dążenie do poprawy jakości szybko uciekającego życia chorego oraz zapewnienie opieki jego rodzinie.

Uświadomienie sobie istoty opieki, znaczenia częstych codziennych spotkań z chorym zbliżającym się do kresu życia, jest niezbędne, aby pojąć, na czym polega opieka paliatywna w praktyce, jaka jest rola poszczególnych członków zespołu i jak taka opieka winna być zorganizowana².

W ciągu ostatnich kilkunastu lat w opiece paliatywnej nastąpiły zauważalne zmiany: powstało szereg różnych form opieki paliatywnej, oprócz najbardziej rozpowszechnionej – typowej dla Polski – opieki domowej, tworzone są stacjonarne oddziały opieki paliatywnej w obrębie szpitali lub oddziały hospicyjne, wydłużył się czas przeżywania pacjentów, zwiększył się komfort ich życia.

¹ J. Łuczak, A. Kotlińska-Lemieszek, E. Bączyk, *Cierpienia chorych u kresu życia. Opieka paliatywna/hospicyjna. Rozwój opieki paliatywnej/hospicyjnej w Polsce*, „Nowa Medycyna – Ból i Opieka Paliatywna” 1999, nr 8.

² *Ibidem*.

Sytuacja ta spowodowała powstanie nowych zjawisk m.in.:

- konieczności zapewnienia pacjentom odpowiednich form spędzania czasu wolnego (dobór książek i czasopism, audycji radiowych i telewizyjnych, sposobów korzystania z tych mediów, uwzględniających stan fizyczny i psychiczny chorego);

- umożliwianie choremu kontaktów towarzyskich sprzyjających zachowaniu aktywności społecznej;

- ułatwianie realizacji własnych zainteresowań i ulubionych sposobów spędzania czasu;

- organizowanie form aktywności pozwalających choremu zapomnieć o cierpieniu i zbliżającej się śmierci,

Chcąc spełnić oczekiwania chorych we wspomnianym zakresie, konieczne jest nie tylko dokładne poznanie ich sytuacji, lecz też przełamanie wielu istniejących stereotypów i barier wywołanych obiegowymi opiniami czy nawykami. Przede wszystkim należy znać sytuację chorego, a także możliwości osób opiekujących się nim i wspierających.

Pojęcie czasu wolnego nie jest jednoznaczne, w literaturze spotyka się szereg, różniących się od siebie definicji. Dla potrzeb tej pracy przyjęliśmy definicje używane najczęściej.

Czas wolny – według *Encyklopedii Pedagogicznej*³ – to czas, który pozostaje człowiekowi do jego swobodnej dyspozycji po wykonaniu czynności, związanych z zaspokojeniem potrzeb biologicznych, higienicznych (sen, jedzenie, toaleta), oraz czynności obowiązkowych (praca, nauka, obowiązki rodzinne,). Wg Okonia⁴ – to czas do dyspozycji jednostki, po wykonaniu przez nią zadań obowiązkowych. Przeznacza się na:

- odpoczynek (regenerację sił fizycznych i psychicznych),

- rozrywkę (która sprawia przyjemność),

- działalność społeczną o charakterze dobrowolnym i bezinteresownym (wolontaryzm),

- rozwój zainteresowań i uzdolnień jednostki przez zdobywanie wiedzy i amatorską działalność artystyczną, techniczną, naukową czy sportową.

Materiał i metoda

Celem badań było poznanie zjawisk związanych ze spędzaniem czasu wolnego przez chorych. Wstępna analiza sytuacji chorych doprowadziła nas do sformułowania problemów badawczych uwzględniających różne aspekty diagnozy. Pytania te przedstawiają się następująco:

³ *Encyklopedia Pedagogiczna*, W. Pomykało (red.), Warszawa 1993, s. 860.

⁴ W. Okoń, *Słownik Pedagogiczny*, Warszawa 1992, s. 35.

- Jakie są uwarunkowania potrzeb chorych związanych ze spędzaniem czasu wolnego? (diagnoza genetyczna);
- Jakie formy spędzania czasu wolnego są preferowane przez chorych? (diagnoza typologiczna);
- Jakie znaczenie ma dla chorych czas wolny, jaka jest jego ranga, które z form spędzania czasu wolnego dodatkowo wpływają na stan pacjentów, a które ujemnie? (diagnoza znaczenia);
- Jakie etapy organizacji czasu wolnego można wyróżnić uwzględniając rozwój choroby? (diagnoza fazy);
- Jakie efekty przynoszą poszczególne formy spędzania czasu wolnego? (diagnoza teleologiczna).

Odpowiedzi na powyższe pytania pozwoliły nam z kolei opisać „typowe”, dotyczące czasu wolnego, potrzeby i oczekiwania chorych oraz istniejące sposoby ich zaspokajania (diagnoza holistyczna).

W opiece paliatywnej trudno jest prowadzić badania ilościowe, „twarde”, dające jednoznaczne wyniki, w przypadku opisywanej tematyki nie wydaje się to zresztą konieczne. Postanowiliśmy, więc zastosować surveyowe techniki badawcze i ograniczyć opracowanie zebranego materiału do analizy jakościowej. Bazowaliśmy na rozmowach z pacjentami, ich rodzinami oraz osobami sprawującymi bezpośrednią opiekę nad chorymi i własnych obserwacjach.

Wyniki

Zebrany materiał wskazuje, że na sposoby spędzania czasu wolnego chorych wpływ mają zarówno zainteresowania i przyzwyczajenia sprzed choroby, poziom i rodzaj wykształcenia, sposób dotychczasowego leczenia, stan somatyczny, stan wiedzy o chorobie i samopielęgnacji, sytuacja rodzinna i towarzyska.

Formy spędzania czasu wolnego w opiece paliatywnej uwarunkowane są głównie miejscem pobytu chorego. Jeśli chory przebywa w domu dominują zmodyfikowane formy spędzania czasu sprzed choroby, to np. czytanie książek i czasopism, oglądanie telewizji, wykonywanie prac domowych, majsterkowanie i naprawianie drobnych rzeczy (głównie przez mężczyzn) czy robotki ręczne (kobiety). W takiej sytuacji chory ma większe możliwości zaspokajania własnych zainteresowań, a przez to wypełnienie wolnego czasu, tak jak to sobie sam zaplanuje. Tu dodatkowo osoby opiekujące się chorym są pomocne w spełnianiu jego oczekiwań w tym zakresie. Mogą być pomocne przy wspólnych grach, czynnościach wymagających większej siły fizycznej, czy sprawności.

Inaczej jest z osobami przebywającymi w opiece stacjonarnej. Tu kontakt z rodziną i bliskimi jest nieco ograniczony przez dobrowolność i dyspozycję

czasową bliskich, przeznaczoną na wizyty. W takim wypadku istotne są odwiedziny krewnych i znajomych lub telefoniczne kontakty z nimi, które to stają się głównym punktem dnia chorych.

Czas chorych w placówkach stacjonarnych poświęcany jest w dużej mierze na zabiegi lecznicze, pielęgnację, rehabilitację oraz na stałe „punkty dnia”, takie jak wizyta, badanie lekarskie, posiłki, toalety, codzienne zabiegi. To wydaje się zajmować dużo czasu w rozkładzie dnia chorego, ale jednocześnie zostaje mu mnóstwo czasu na myślenie o chorobie, leczeniu, śmierci, pogrzebie, o niedokończonych sprawach i nierozwiązanych problemach.

Ogromne znaczenie w takiej sytuacji ma personel zespołu sprawującego opiekę nad chorym.

Lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci, duchowni, wolontariusze powinni być przygotowani do pomocy w zorganizowaniu czasu pacjenta, oderwania go od niepokojących i frapujących myśli. Uwolnienie pacjenta od cierpienia fizycznego nie przynosi całkowitej ulgi, niejednokrotnie cierpienie duchowe i rozterki bardziej osłabiają człowieka niż ból.

Najlepiej zapomina się o wszystkich troskach, gdy człowiek „ma, co robić”, czuje się potrzebny, niezastąpiony, ważny. Personel opiera się głównie na pracy zespołowej, w trakcie której następuje szczegółowy przepływ informacji potrzebnych do wysokiego standardu opieki nad chorym. Szczególna więź, jaka się wytwarza podczas tej opieki jest niezmiernie istotna dla osoby otrzymującej tę opiekę, dając jej poczucie bezpieczeństwa, zaufania, życzliwości⁵.

Charakterystyczną cechą opieki paliatywnej jest udział w niej nieprofesjonalnych wolontariuszy – ludzi dobrej woli wywodzących się z różnych środowisk, grup zawodowych o różnym poziomie wykształcenia i umiejętnościach, z różnymi motywacjami do podjęcia się takiego zadania. Angażują się oni w opiekę nad chorymi w hospicjum lub w domach, dzięki nim wielu chorych ma poczucie istnienia w społeczności. Pełnią oni rolę „przyjaciół” chorych, którym można się zwierzyć ze swych obaw i problemów⁶. Wnoszą atmosferę życzliwości i zrozumienia, poczucia „bycia potrzebnym”. Ich kontakt z chorymi bazuje na rozmowie, dzięki której następuje zmniejszenie napięcia psychicznego, a co za tym idzie i złagodzenie dolegliwości fizycznych, takich jak zmniejszenie bólu. Kontakt z wolontariuszami mogą być doskonałą formą wypełniania czasu wolnego zarówno w stacjonarnym hospicjum, jak i w domach pacjentów.

Wraz z rozwojem choroby pojawiają się zmiany w sposobach spędzania czasu wolnego: wykonywane czynności są coraz częściej przerwane snem,

⁵ A. Głowacka, *Rola pielęgniarki w opiece paliatywnej i hospicyjnej*, „Nowa Medycyna – Ból i Opieka Paliatywna” 2000, nr 1.

⁶ E. Obrzut, *Opieka hospicyjna*, „Pielęgniarstwo” 1997, nr 2, s. 16–17.

działania chorych stają się wolniejsze, mniej efektywne. Chorzy niekiedy wielokrotnie powtarzają lub rozpoczynają poszczególne czynności nie kończąc ich (dotyczy to np. czytania książek czy oglądania telewizji), szybciej się męczą, nie są w stanie skupić dłużej uwagi. Zaburzenia percepcji i występujące niekiedy u chorych zaburzenia w poczuciu czasu powodują, że część z nich traci chęć do wykonywania niektórych czynności, np. oglądania programów telewizyjnych, w których informacje są podawane bardzo szybko (Telexpress, flesze wiadomości).

Razem z postępem choroby i pogarszającym się stanem fizycznym, chorzy wybierają takie formy spędzania wolnego czasu, które jak najmniej ich męczą i nie wymagają dużego nakładu energii.

Podczas choroby zmianie ulegają potrzeby kontaktów towarzyskich. Najczęściej ludzie chorzy oczekują licznych i częstych, a jednocześnie krótkich spotkań, niekiedy jednak obawiając się ich. Może to być spowodowane:

- silnymi emocjami wywołanymi spotkaniem,
- obawą o znalezienie wspólnego języka,
- zmęczeniem wywołanym przedłużającą się wizytą,
- skrepowaniem związanym z wykonywaniem zabiegów pielęgnacyjnych,
- brakiem akceptacji własnego wyglądu⁷,
- obawą o sprawienie „ból” odwiedzającym,
- zazdrością lub rozdrażnieniem, jakie może wywołać zachowanie się ludzi zdrowych.

Zazwyczaj jednak odwiedziny wpływają pozytywnie: odprężają, uspokajają, pozwalają zapomnieć o cierpieniu, zapewniają poczucie bezpieczeństwa. Bywają czasem chwile, kiedy chory chce być sam. Nie zawsze można ocenić, czy jest to autentyczna potrzeba, czy chęć ofiarowania bliskim chwili wytchnienia.

Probleмами, jakie stają przed rodziną i opiekunami jest organizowanie czasu wolnego, zapewnienie możliwości udziału w życiu rodzinnym i towarzyskim, umożliwienie dostępu do interesujących źródeł informacji⁸.

W związku z potrzebą zapełniania i organizowania czasu wolnego pacjentom oraz monitorowania tego obszaru w opiece paliatywnej potrzebne są odpowiednie narzędzia. Oto nasza propozycja w tym zakresie. Mogą ją wykorzystywać osoby opiekujące się chorymi, rodziny i wolontariusze a także personel medyczny (tab. 1).

⁷ Niepublikowana praca magisterska Izabeli Gołębia, *Potrzeby edukacyjne chorych w opiece paliatywnej i ich rodzin*. IP WOZ CM UJ, 2002.

⁸ W. Kłapa, I. Oskędra, *Potrzeby edukacyjne chorych terminalnie*, w: *Wybrane problemy opieki i wychowania*, Z. Brańka (red.), Kraków 1997, s. 131–134.

Tab. 1. Kwestionariusz obserwacji czasu wolnego

Elementy obserwacji		data	czas
Lektury	poradniki, encyklopedie, leksykony, prace popularnonaukowe		
	literatura religijna		
	beletrystyka (powieści)		
	literatura „lekka” – romanse, baśnie, kryminały		
	codzienna prasa		
	tygodniki		
	kolorowe magazyny		
	czasopisma religijne		
	czasopisma popularnonaukowe		
	czasopisma hobbystyczne		
Programy TV	informacyjne		
	edukacyjne		
	popularnonaukowe		
	filmy		
	programy rozrywkowe		
	muzyczne		
	teleturnieje		
	programy religijne		
	publicystyka		
Radio (rozgłośnię)	informacyjne		
	edukacyjne		
	popularnonaukowe		
	programy rozrywkowe		
	muzyczne		
	teleturnieje		
	programy religijne		
	publicystyka		

Tab. 1. – ciąg dalszy

Elementy obserwacji		data	czas
Rozmowy	wspomnienia		
	edukacyjne		
	dotyczące choroby i zdrowia		
	dotyczące teologii		
	dotyczące filozofii		
	dotyczące innych dziedzin nauki, jakich?		
	wydarzenia polityczne		
	wydarzenia kulturalne		
	plotki		
	o obawach, o niepokojach		
	z rodziną		
	ze znajomymi		
	z personelem		
Inne (w tym nowe umiejętności)	rozwiązywanie krzyżówek		
	gry (warcaby, szachy, karty, puzzle)		
	pisanie listów		
	pisanie wspomnień/pamiętników		
	robótki ręczne		
	dbanie o urodę		
	porządkowanie starych fotografii		
	jedzenie (biesiadowanie)		
	rozwiązywanie krzyżówek		
	milczenie		
	spacery		

Źródło: opracowanie własne.

Innym narzędziem służącym do poznania ilości, rozkładu i sposobów spędzania czasu wolnego może być chronokarta (tab. 2). Posługując się nią, prosimy chorego lub jego opiekunów o wpisanie w odpowiednie rubryki wykonywanych w ciągu doby czynności. Stosowanie tego narzędzia w określonych odstępach czasu (np. co dwa tygodnie) pozwala też poznać wpływ choroby na zmiany zainteresowań i organizacji czasu.

Tab. 2. Chronokarta

Godzina	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota	Niedziela
6-8							
8-10							
10-12							
12-14							
14-16							
16-18							
18-20							
20-22							
22-24							
24-2							
2-4							
4-6							

Źródło: opracowanie własne.

Chronokarta pozwala również na zweryfikowanie informacji uzyskanych w wywiadach i rozmowach. Dotyczy to zwłaszcza ilości i rozkładu czasu wolnego.

Propozycje organizacji czasu

Na podstawie uzyskanych informacji sformułowaliśmy kilka wskazówek i propozycji związanych z organizowaniem czasu wolnego, niektóre z tych rozwiązań zostały opracowane przez chorych lub ich opiekunów, niektóre są naszymi pomysłami zastosowanymi u pacjentów.

1. Organizacja przestrzeni wokół chorego. Istotne jest, aby w zasięgu ręki chorego znajdowały się wszystkie potrzebne mu przedmioty. Obok przedmio-

tów codziennego użytku dobrze jest, gdy chory ma do dyspozycji: telefon (najlepiej prosty w obsłudze), kartki do notowania i długopis; dzwonek, domofon lub inny przyrząd pozwalający „przywołać” domowników lub opiekunów (egzamin zdają tu telefony zabawki lub komunikatory dla dzieci); adresy i telefony przyjaciół i znajomych; ulubione bibeloty, maskotki; radioodbiornik (najlepiej przenośny, pozwalający na słuchanie „przy uchu”). Niekiedy pomocne jest przekonstruowanie niektórych przedmiotów służących choremu, np. wykonanie nakładek z modeliny na sztucce, czy zaklejenie rzadziej używanych klawiszy w pilocie telewizora.

2. Ustalenie wśród znajomych i krewnych chorego „listy wizyt i kontaktów telefonicznych” tak, aby nie męczyły one zbyt chorego i nie pozwalały na powstanie poczucia samotności.

3. Umożliwienie choremu „w nowej formie” kontynuowania dotychczasowych zainteresowań, np. poprzez urządzenie „ogrodu” w kuwecie lub brytfannie, zorganizowanie miniwarsztatu, czy dostarczenie zestawów elektronicznych do samodzielnego montażu lub klocków lego.

4. Jeśli chory ma możliwość korzystania z komputera, to wskazane jest nauczenie go posługiwania się przeglądarkami internetowymi, korzystanie z poczty e-mailowej, wiele radości mogą sprawić choremu zdjęcia cyfrowe oglądane na ekranie komputera (lub telewizora), zwłaszcza przygotowane dla niego fotoserwisy.

5. Ważne dla wzmocnienia poczucia wartości chorego jest uczestniczenie w codziennych czynnościach, które mogą przyczynić się do wzrostu satysfakcji z samego siebie oraz do stałego odczucia „bycia potrzebnym”. Może to odbywać się poprzez: udział w drobnych porządkach, składaniu rzeczy, gotowaniu, porządkowaniu przedmiotów itp. Należy tu wziąć pod uwagę stan fizyczny chorego, aby nie czuł się on wykorzystywany, ale miał satysfakcję z uczestniczenia w życiu domowym.

6. Pomocne w organizowaniu czasu wolnego mogą być przygotowane wcześniej nagrania muzyczne, filmy, nagrania video z wydarzeń, w których chorzy nie mogli uczestniczyć, słuchowiska, audycje radiowe, dobrane tematycznie do zainteresowań chorego. Interesujące chorych mogą być inne sposoby spędzania wolnego czasu, jak: orgiami, sklejanie modeli, układanie puzzli.

7. Pacjentom w opiece stacjonarnej można zaproponować gry, które są szczególnym rodzajem komunikowania się, ponieważ wzmocniają więzi między osobami i dają poczucie spełnienia. Można tu zaproponować pacjentom gry planszowe: warcaby, szachy, Chińczyk, Scrabble oraz gry w karty. Gry te, są o tyle wygodne dla chorych, iż nie wymagają intensywnego zaangażowania fizycznego, ćwiczą dodatkowo pamięć i koncentrację, pozwalają pogodnie spędzić czas, w oderwaniu od myśli o chorobie.

8. Innym rodzajem zagospodarowania czasu chorego są gry i łamigłówki słowne. Można je wykorzystywać w odniesieniu do pacjentów zmęczonych chorobą, z obniżoną zdolnością koncentracji i uwagi np. gra „tworzenie nowych słów” lub „wymyślanie” skojarzeń.

Wnioski

Badania nad organizacją czasu wolnego chorych są dopiero w fazie początkowej. Nie opracowano jeszcze skutecznej ich metodologii, należy więc stworzyć bądź adaptować odpowiednie metody i techniki badawcze, a także skonstruować narzędzia badań.

W organizacji czasu wolnego chorym trudność stanowią zazwyczaj „brak pomysłów” i obawa o zbytne zmęczenie pacjenta. Sami pacjenci są niezastąpioną skarbnicą pomysłów, należy więc kierować się ich wskazówkami. Wiele skutecznych rozwiązań dotyczących organizacji czasu wolnego chorym nie jest upowszechnianych. Za celowe należy uznać stworzenie swoistego banku rozwiązań i pomocy mogących znaleźć zastosowanie w prowadzeniu opisywanej działalności.

Warto też pomyśleć o odpowiednich kursach czy studiach podyplomowych kształcących kadry do psychopedagogicznej pracy z chorymi.

Joanna Wylegała, Iwona Waligóra

Znaczenie radia i telewizji w organizacji czasu wolnego pacjentów hospicjum stacjonarnego

Cel pracy

Celem pracy było poznanie:

- uwarunkowań dotyczących odbioru przez chorych audycji telewizyjnych i radiowych,
- czasu korzystania ze wspomnianych mediów (ilości czasu, jego rozkładu w ciągu doby),
- rodzajów i tematyki najczęściej oglądanych i słuchanych audycji,
- znaczenia radia i telewizji dla chorych.

W badaniach posłużyliśmy się sondażem diagnostycznym, składającym się z następujących technik badawczych: obserwacji, wywiadów, analizy dokumentów i wytworów. Jako narzędzia badawcze zastosowaliśmy opracowane przez nas: arkusz obserwacji, kwestionariusz wywiadu, wytyczne do analizy dokumentów i wytworów. Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentów Hospicjum Św. Łazarza w Krakowie oraz pacjentów Oddziału Paliatywnego Domu Pomocy Społecznej przy ulicy Wielickiej w Krakowie.

Badania były przeprowadzone w dniach od 6. XII do 22. XII.2004 roku.

Zebrany materiał po wstępnym opracowaniu ujęliśmy w tabele, a następnie opracowaliśmy.

Wnioski dotyczące oglądania telewizji

Badani pacjenci oddziałów paliatywnych lubią oglądać telewizję. Najczęściej są to programy informacyjne, sportowe i prognoza pogody. Kobiety, oprócz wymienionych powyżej, często oglądają seriale telewizyjne. Jednak niewiele jest programów, które oglądają regularnie.

Zazwyczaj pacjenci oglądają telewizję po południu i wieczorem, jedna osoba podała, że niekiedy ogląda w nocy.

Wnioski dotyczące słuchania radia

Z przeprowadzonych badań wynika że pacjenci wolą słuchać radia niż oglądać telewizję, ponieważ słuchanie radia nie męczy ich tak, jak oglądanie telewizji. Pacjenci stwierdzają, że najbardziej lubią słuchać muzyki z radia, o ile jest to muzyka wolna, spokojna i wyciszająca. Dużą popularnością wśród pacjentów cieszą się stacje religijne. Pacjenci lubią audycje informacyjne, często oprócz nich nie mają innych, które by słuchali regularnie.

Najczęściej słuchane przez pacjentów stacje radiowe to rozgłośnie lokalne. Przekazują najciekawsze informacje, dotyczące miejsc, w których mieszkali, wychowali się i z którymi są w jakiś sposób związani. Wszyscy pacjenci zgodnie potwierdzili, że nie lubią reklam, zarówno telewizyjnych, jak i radiowych.

Propozycje

Zarówno w radiu, jak i w telewizji brakuje programów, które zaspokajałyby zainteresowania pacjentów. Jeżeli już są emitowane programy lub audycje, które byłyby dla nich interesujące i ciekawe, to pacjenci zazwyczaj nie wiedzą, że takie są i o której godzinie powinni włączyć telewizor czy radio. Warto byłoby, aby rodziny lub pracownicy szpitala znający zainteresowania pacjentów, przekazywali im te informacje.

Niekiedy pacjent nie ma możliwości obejrzenia ulubionego programu, zwłaszcza gdy jest on emitowany późnym wieczorem lub w nocy, kiedy pacjent śpi i gdy jest zmęczony. Warto byłoby wtedy nagrać dla niego ten program na kasetę wideo. Mógłby obejrzeć go wtedy, gdy będzie miał na to ochotę. Można by także stworzyć wideo- i fonotekę z filmami, ciekawymi programami czy audycjami. Pacjent mógłby oglądać czy posłuchać ulubione przez siebie programy.

Niektóre programy, telewizyjne, jak i radiowe, mogą być nierozumiane przez pacjentów. Dlatego warto organizować oglądanie telewizji czy słuchanie radia wspólnie z pacjentem i jeżeli coś będzie dla niego niezrozumiałe, to osoba towarzysząca może wyjaśnić jego wątpliwości, a także wraz z pacjentem przedyskutować problem poruszany podczas programu.

Podziękowania

Składamy podziękowania osobom, które umożliwiły nam przeprowadzenie badań. Pani Prezes Hospicjum im. Świętego Łazarza w Krakowie dr Jolancie Stokłosie, Ordynatorowi Oddziału Paliatywnego DPSu w Krakowie przy ulicy Wielickiej dr Janowi Iwaszczyszynowi oraz dr n. hum. Wojciechowi Kłapie za pomoc w opracowaniu materiału.

Tab. 1. Płeć

Płeć pacjentów	Liczba osób
Kobiety	9
Mężczyźni	9

Tab. 2. Wiek

Wiek pacjentów	Liczba osób
do 40 lat	1
45–55 lat	2
55–65 lat	5
65–79 lat	8
powyżej 80 lat	2

Tab. 3. Wykształcenie

Wykształcenie pacjentów	Liczba osób
podstawowe	2
zawodowe	6
średnie	7
wyższe	3

Tab. 4. Zainteresowania

Zainteresowania pacjentów zaspokajane w stopniu:	
Całkowitym	czytanie książek historycznych i religijnych, oglądanie meczów piłki nożnej i skoków narciarskich, słuchanie Radia Maryja, wykonywanie figurek z masy solnej
Częściowym	słuchanie muzyki poważnej, jazzowej, czytanie czasopism, wierszy, gazet religijnych, oglądanie filmów komediowych, śledzenie wydarzeń politycznych
W ogóle	wędkarstwo, zajmowanie się domem, uprawianie ogródka, krawiectwo, malarstwo, pisanie artykułów do gazet, angażowanie się w sprawy społeczne

Tab. 5. Radio jako źródło informacji dla chorych

Kod	Dostęp do radia	Czas słuchania radia w ciągu doby	Pora słuchania radia w ciągu doby	Ulubione radiostacje	Ulubione audycje	Audycje słuchane regularnie	Reklamy
01	nie ma swojego odbiornika, ale słucha razem ze współlokatorem	około 4 godz.	po południu	Radio Wanda, Plus	wiadomości, spokojna muzyka, pogoda	nie ma takich	Wszyscy pacjenci podali, że nie lubią reklam
02	ma swoje radio na półce przy łóżku	6-7 godz.	wieczorem, niekiedy radio jest włączone cicho przez całą noc	RMF FM, Wanda, Zet	audycje sportowe, wiadomości, spokojna muzyka	audycje informacyjne, relacje sportowe	
03	ma radio pożyczone z oddziału	5 godz.	po południu	Wanda, Plus, Program 1	muzyka z dawnych lat, konkursy,	muzyka z dawnych lat na życzenie	
04	nie ma radia						
05	ma swoje radio	1-2 godz.	rano	z muzyką klasyczną	audycje publicystyczne, muzyka klasyczna	nie ma takich	
06	ma swoje radio	około 30 min.	wieczorem	Radio-2	słuchowiska, pogadanki,	nie ma takich	
07	ma swoje radio	2 godz.	Rano	Radio Kraków	wiadomości, wolna muzyka	nie ma takich	
08	ma swoje radio	3-4 godz.	przed południem i po południu	Radio Maryja	audycje religijne	Msza św., Różaniec w Radiu Maryja	
09	ma swoje radio	2 godz.	po południu	Radio Alfa	lubi wolną muzykę i zagadki w radiu	wiadomości	
010	ma swoje radio	4-5 godz.	późnym wieczorem, a niekiedy w nocy	Wanda, Radio Kraków	wiadomości publicystyczne, muzyka jazzowa i klasyczna, konkursy	wiadomości	

Tab. 5. – ciąg dalszy

Kod	Dostęp do radia	Czas słuchania radia w ciągu doby	Pora słuchania radia w ciągu doby	Ulubione radiostacje	Ulubione audycje	Audycje słuchane regularnie	Reklamy
011	nie ma swojego radia, choć chciałaby posłuchać, ale zamiast radia włącza sobie TV						Wszyscy pacjenci podali, że nie lubią reklam
012	nie ma swojego radia, ale słucha razem ze współlokatorką	8 godzin	po południu, wieczorem, a niekiedy w nocy	Radio Maryja, Wanda,	muzyka religijna, modlitwy	Msza św., Różaniec	
013	nie ma swojego radia, ale słucha razem ze współlokatorką	6 godzin	po południu, wieczorem	Radio Maria, Zet, Plus	Różaniec, spokojna muzyka	Msza św., Różaniec	
014	ma swoje radio	6 godzin	po południu, wieczorem	Radio Maryja,	modlitwy (Różaniec, Msza św.)	Msza św., Różaniec	
015	ma swoje radio	3 godziny	wieczorem	Wanda, Zet, Radio Kraków	cicha, wolna muzyka, wiadomości, sport	Nie ma takich	
016	ma swoje radio	4 godziny	rano, wieczorem	Radio Maryja, Wanda,	modlitwy w radiu, wiadomości, sport,	Msza Św., Różaniec	
017	nie ma swojego odbiornika	4 godziny	rano, wieczorem	Radio Maryja, Radio Kraków	modlitwy w radiu, wiadomości, sport,	Msza św. , Różaniec	
018	nie ma swojego odbiornika	2 godziny	rano, wieczorem	Radio Kraków, Zet	wiadomości, relacje sportowe	nie ma takich	

Tab. 6. Społeczne uwarunkowania słuchania radia przez chorych

Kod	Ograniczenia zdrowotne uniemożliwiające słuchanie radia	Angażowanie się pacjentów w audycje radiowe	Po jakim czasie słuchania radia występuje zmęczenie	Reakcja współpacjentów na słuchanie radia	Powody słuchania radia – uwagi
01	Dobrze słyszy	Nie	Czuje się zmęczony, gdy słucha radia dłużej niż 3 godziny	Pacjentowi nie przeszkadza, gdy ktoś obok słucha radia	Nie czuje potrzeby słuchania radia, chociaż chętnie słucha go ze współlokatorem
02	Dobrze słyszy	Nie	Nie odczuwa zmęczenia słuchając radia	Stara się słuchać cicho radia, aby nie przeszkadzać innym	Lubi uspokajającą muzykę, zwłaszcza wieczorem i w nocy
03	Słucha radia głośno ponieważ niedosłyszysz	Nie	Po 4–5 godzinach	Pacjentowi nie przeszkadza, gdy ktoś słucha radia, włącza odbiornik dość głośno, aby współlokator mógł też posłuchać	Lubi muzykę, która go uspokaja
04	Dobrze słyszy	Nie	Nie ma swojego radia, współlokatorzy również nie słuchają radia w pokoju, pani często wychodzi z pokoju na korytarz, a tam zawsze włączone jest radio, jednak nie zwraca na nie szczególnej uwagi		
05	Dobrze słyszy	Dzwonił kilka razy do radia, aby wyrazić swoje opinie, zwykle z zakresu polityki, spraw społecznych i religijnych	Po 2 godzinach	Słucha mało radia (choć chciałby więcej), ale nie chce przeszkadzać współlokatorowi	Słucha radia, aby dowiedzieć się ciekawych rzeczy, które dzieją się w Polsce i na świecie

Tab. 6. – ciąg dalszy

06	Dobrze słyszy	Nie	Nie odczuwa zmęczenia słuchając radia	Denerwuje się, jeżeli ktoś w pokoju głośno słucha radia, ale nie zwraca tej osobie uwagi	Lubi słuchać muzykę, ponieważ ona ją uspakaja
07	Dobrze słyszy	Nie	Po 2 godzinach	Nie lubi, gdy ktoś słucha głośno muzyki, ale nie prosi o ściszenie odbiornika	Lubi rano włączać radio i powoli budzić się ze snu przy spokojnej muzyce
08	Dobrze słyszy	Chciałaby zadzwonić do radia, ale sądzi że się nie dodzwoni więc nawet nie próbuje	Nie odczuwa zmęczenia słuchając radia	Nie lubi, gdy ktoś włącza radio, gdy ona się modli, prosi wtedy o wyłączenie radia	Słucha radiostacji religijnej. Ponieważ za jej pośrednictwem może się modlić
09	Dobrze słyszy	Nie	Po 3 godzinach, ale kończy słuchać wcześniej, aby nie odczuwać zmęczenia	Lubi głośno słuchać muzyki, ale współlokatorom to nie przeszkadza	Słucha radia, aby dowiedzieć się ciekawych rzeczy, które dzieją się w Polsce i na świecie
010	Dobrze słyszy	Niekiedy dzwoni do radia, bierze udział w konkursach	Po 5 godzinach	Stara się jak najciszej słuchać radia, aby nie przeszkadzać innym	Słucha radia, ponieważ lubi spokojną muzykę jazzową, lubi też słuchać wiadomości z radia
011	Nie ma swojego radia, choć chciałaby go posłuchać, ale zamiast radia włącza TV				
012	Dobrze słyszy	Nie	7 godzin	Nie lubi, gdy współlokatorka ma włączone radio całą noc, a nie słucha go, pacjentka bardzo się wtedy denerwuje	Słucha radiostacji religijnej, ponieważ za jej pośrednictwem może się modlić, i posłuchać pieśni religijnych

Tab. 6. – ciąg dalszy

013	Dobrze słyszy	Nie	6 godzin	Odpowiada jej, gdy współlokatorka ma włączone radio, bo sama nie ma radia i przy okazji może go posłuchać	Słucha radiostacji religijnej, ponieważ za jej pośrednictwem może się modlić, i posłuchać pieśni religijnych
014	Dobrze słyszy	Nie	6 godzin	Włącza swoje radio i razem słucha ze współlokatorką	j.w
015	Słucha radia głośno, ponieważ niedosłyszy	Nie	2 godziny	Sam mieszka w pokoju i nie przeszkadza nikomu jak pacjent słucha radia	Słucha radia, aby dowiedzieć się ciekawych rzeczy, które dzieją się w Polsce i na świecie, chce posłuchać wolnej, spokojnej muzyki
016	Słucha radia głośno, ponieważ bardzo niedosłyszy	Nie	4 godziny		Słucha radiostacji religijnej, ponieważ za jej pośrednictwem może się modlić, i posłuchać pieśni religijnych
017	Dobrze słyszy	Nie	Nie męczy go słuchanie radia	Współlokator włącza radio bardzo głośno, ale pacjentowi to nie przeszkadza, słucha razem z nim	Słucha radiostacji religijnej, ponieważ za jej pośrednictwem może się modlić, a także spokojnej muzyki, Słucha radia, aby dowiedzieć się ciekawych rzeczy, które dzieją się w Polsce i na świecie,
018	Dobrze słyszy	Nie	4 godziny	Nie lubi, gdy współlokator głośno włącza radio, ale nie zwraca mu uwagi, bo wie, że tamten pacjent niedosłyszy i próbuje go zrozumieć	Słucha radia, aby dowiedzieć się ciekawych rzeczy, które dzieją się w Polsce i na świecie; chce posłuchać dobrej muzyki

Tab. 7. Telewizja jako źródło informacji dla chorych

Kod	Dostęp do tv	Czas oglądania tv w ciągu doby	Pora oglądania tv w ciągu doby	Ulubione stacje telewizyjne	Ulubione programy tv	Programy oglądane regularnie	Reklamy
01	Duży telewizor w pokoju	1 godzina	po południu i wieczorem	Program 1 TV	programy informacyjne, sportowe, pogoda	programy informacyjne	Pacjenci podają, że nie lubią reklam
02	Duży telewizor w pokoju	1-1,5 godziny	wieczorem, niekiedy w nocy		programy sportowe, informacyjne, konkursy, komedie polskie, przyrodnicze	mecze piłki nożnej, skoki narciarskie	
03	Duży telewizor w pokoju	30 minut	po południu	Program 1	programy informacyjne, sportowe, pogoda	nie ma takich	
04	Duży telewizor w pokoju	3 godziny (ale nie codziennie)	Po południu, wieczorem	Program 1, Polsat	seriale, teleturnieje, filmy przyrodnicze, programy informacyjne, Msza św.	polskie seriale, programy informacyjne	
05	Duży telewizor w pokoju	1-1,5godziny	po południu (najpóźniej do godz. 20 ⁰⁰)	Program 1 i 2	programy informacyjne, przyrodnicze, nie lubi programów „szybkich”, bo nie może się zastanowić i ustosunkować do nich	nie ma takich	
06	Duży telewizor w pokoju			Program 2	telereportaże		
07	Duży telewizor w pokoju	2 godziny (nie codziennie)	po południu	Polsat, Program 1	programy informacyjne, przyrodnicze, seriale	polskie seriale	
08	Duży telewizor w pokoju	2 godziny	po południu	Program 2, Polsat	programy przyrodnicze, seriale, programy o poradach medycznych	seriale	

Tab. 7. – ciąg dalszy

09	Duży telewizor w pokoju	1,5–2 godziny (ale nie ogląda codziennie)	wieczorem	Program 1	programy informacyjne, filmy sensacyjne,	nie ma takich	Reklamy	
010	Duży telewizor w pokoju	1–1,5 godziny	wieczorem	Program 2i	programy informacyjne, sportowe, koncerty muzyki jazzowej	programy sportowe	Pacjenci podają, że nie lubią reklam	
011	Ma swój mały telewizor	3–4 godziny (nie codziennie)	po południu i wieczorem	Program 1 i TVN	seriale, programy rozrywkowe, kabarety	seriale		
012	Nie ogląda TV, ponieważ nie ma swojego odbiornika, ale bardzo lubi oglądać telewizję, poprosiła więc rodzinę, aby przynieśli jej mały telewizor na szafkę obok łóżka, nudzi jej się, nie ma zajęcia, chciałaby pooglądać telewizję							
013	Nie ma swojego telewizora i nie przeszkadza jej to, ponieważ woli posłuchać radia, uważa że w telewizji nie ma nic wartościowego i ciekawego							
014	Nie ogląda telewizji, nie ma swojego odbiornika i nie lubi oglądać TV							
015	Ma swój, mały telewizor	1 godzina	wieczór	Program 1 i 2, TVN	programy informacyjne,	wiadomości		
016	Nie ma swojego telewizora, ale ogląda razem ze współlokatorem	1 godzina	wieczór	Program 2	programy informacyjne, pogoda, sport,	wiadomości		
017	Ma swój, mały telewizor	2–3 godziny	przed południem i wieczorem	Program 2, Polsat	programy informacyjne, sportowe, rozrywkowe, kabarety, filmy sensacyjne, transmisje Mszy św.	programy rozrywkowe w Programie 2, wiadomości, transmisje Mszy św.		
018	Nie ma swojego telewizora, ale ogląda ze współlokatorem	1 godzina	wieczór	Program 1	programy informacyjne, pogoda	wiadomości, pogoda		

Tab. 8. Społeczne uwarunkowania oglądania TV przez chorych

Kod	Ograniczenia zdrowotne uniemożliwiające oglądanie tv	Po jakim czasie oglądania tv występuje zmęczenie	Reakcja współpacjentów na oglądanie tv	Motywy oglądania TV - uwagi
01	Zakłada okulary do oglądania TV	Stara się nie oglądać tak dużo TV, aby się zmęczyć	Denerwuje się, gdy ktoś obok głośno ogląda TV, ale nie zwraca tej osobie uwagi, aby ściszyła odbiornik	Chce się dowiedzieć, co się dzieje w Polsce i na świecie
02	Zakłada okulary do oglądania TV	po 1,5 godziny	Jeśli jej przeszkadza, gdy ktoś ogląda TV, to wtedy grzecznie prosi o ściszenie lub wyłączenie telewizora	Interesuje go sport – chce dowiedzieć się, jak grają jego ulubione drużyny, lubi dowiadywać się o niezwykłych rzeczach
03	Niedosłyszany, musi głośno nastawić odbiornik	stara się nie oglądać tak dużo TV, aby się zmęczyć	Pacjent głośno ogląda TV, ale mało, aby nie przeszkadzać współlokatorowi	Bardzo mało ogląda TV, ponieważ uważa, że nie ma w telewizji nic ciekawego
04	Dobrze widzi i słyszy	po 3 godzinach	Stara się cicho oglądać TV, ponieważ nie chce przeszkadzać współlokatorce	Telewizję ogląda dla rozrywki oraz by jakoś wypełnić wolny czas
05	Miał operacje na oczy, teraz dobrze widzi	po 1,5, a czasem szybciej, gdy program jest mało ciekawy	Współlokatorowi nie przeszkadza, gdy pacjent ogląda TV	Nie ogląda dużo TV, bo telewizja stara się być ciekawa, a tym samym jest męcząca i trudno się ją ogląda
06	Ma bardzo słaby wzrok, dlatego nie ogląda telewizji, niekiedy włącza telewizor, aby posłuchać jakiegoś programu	–	Nie lubi, gdy ktoś w pokoju głośno włącza telewizor, ale nie zwraca tej osobie uwagi	Nie ogląda TV, ponieważ bardzo słabo widzi, ale jeżeli nie miałaby kłopotu ze wzrokiem, to również nie oglądałaby TV, bo nie spełnia jej wymagań
07	Dobrze widzi i słyszy	po 1,5–2 godzinach	j.w.	Ogląda TV wyłącznie dlatego, że jej się nudzi, nie ma tutaj innego zajęcia

Tab. 8. – ciąg dalszy

08	Dobrze widzi i słyszy	po 2 godzinach	Upomina współlokatorkę, gdy włączy telewizor, a tak naprawdę go nie ogląda, lecz zajmuje się czymś innym	Telewizję ogląda dla rozrywki i dla zabicia wolnego czasu
09	Dobrze widzi, ale po dłuższym oglądaniu (po 3 godzinach) bołą ją oczy	po 2 godzinach	Współlokatorki nie oglądają TV, jeżeli pacjentka ogląda, to stara się, aby nikomu to nie przeszkadzało	Bardzo lubi oglądać filmy sensacyjne, ponieważ podoba jej się akcja filmów, lubi oglądać filmy które trzymają widza w napięciu
010	Niedowidzi – zakłada okulary do oglądania TV	po 1 godzinie	Nie przeszkadza mu, gdy ktoś w pokoju ogląda TV,	Ogląda TV, aby dowiedzieć się, co się dzieje w Polsce i na świecie, szczególnie z zakresu polityki
011	Dobrze widzi i słyszy	po 3–4 godzinach	Mieszka sama w pokoju, więc nikomu nie przeszkadza	Ogląda TV, gdy jej się nudzi albo gdy wie, że jest w telewizji jakiś program kabaretowy, lubi śledzić losy bohaterów swoich ulubionych seriali telewizyjnych
012	Nie ogląda TV, ponieważ nie posiada swojego odbiornika, ale bardzo lubi oglądać telewizję, poprosiła więc rodzinę, aby przyniosła jej mały telewizor na szafkę obok łóżka, nudzi jej się, nie ma zajęcia i chciałaby pooglądać telewizję			
013	Nie ma swojego telewizora, i nie przeszkadza jej to, ponieważ woli posłuchać radia, uważa, że w telewizji nie ma nic wartościowego i ciekawego			
014	Nie ogląda telewizji, nie ma swojego odbiornika i nie lubi oglądać TV			
015	Dobrze widzi, ale musi głośno włączać telewizor, ponieważ niedosłysz	po 1 godzinie	Mieszka sam w pokoju i nie przeszkadza nikomu jak pacjent ogląda TV	Włącza TV tylko dlatego, aby oglądać programy informacyjne

Tab. 8. – ciąg dalszy

016	Dobrze widzi, ale słabo słyszy	po 1–1,5 godzinie	Jeśli jest coś, co go interesuje, to ogląda TV razem ze swoim współlokatorem, który ma swój mały telewizor	Ogląda TV, aby kibicować swoim ulubionym drużynom piłkarskim i ulubionym skoczkom,
017	Dobrze widzi i słyszy	po 3–4 godzinach	Niekiedy ogląda telewizję razem ze współlokatorami (mecze piłki nożnej lub skoki narciarskie)	Włącza telewizor, aby posłuchać wiadomości, lubi dla zabicia wolnego czasu i dla rozrywki obejrzeć program rozrywkowy,
018	Dobrze widzi i słyszy	po 2 godzinach	Jeśli jest coś, co go interesuje, to ogląda TV razem ze swoim współlokatorem, który ma swój mały telewizor	Ogląda TV, aby dowiedzieć się, co się dzieje w Polsce i na świecie, szczególnie z zakresu polityki

Marek Banach, Joanna Jagielska

Przemoc rodzinna jako forma zadawania bólu i cierpienia

Od wielu lat na świecie i w Polsce prowadzona jest dyskusja na temat różnych aspektów stosowania przemocy w codziennych kontaktach międzyludzkich. Szczególnego znaczenia nabiera ona dziś, na początku XXI wieku, z uwagi na powszechność jej występowania w wielu różnych środowiskach wychowawczych, w tym przede wszystkim w rodzinie. Wydawać by się mogło, że sytuacje związane ze stosowaniem przemocy możemy spotkać tylko i wyłącznie w filmach kryminalnych czy gangsterskich. Nie dopuszczamy myśli, że to, co dzieje się często w naszych domach, u sąsiadów, jest przemocą. To, że mąż bije, maltretuje żonę i dzieci, terroryzuje rodzinę, uważamy za coś naturalnego, choć wstydliwego, coś, o czym nie powinno się mówić. Musimy zdać sobie sprawę z tego, że zjawiska związane z agresją, przemocą i znieczuleniem na cudzy ból i cierpienie stają się w naszym społeczeństwie pewną normalnością, są elementami trwale wpisującymi się w naszą codzienną rzeczywistość.

Pojęcie przemocy

„Przemoc” dotyczy zachowań intencjonalnych, motywowanych przez gniew i związanych z użyciem siły fizycznej wobec innej osoby. Przemoc może być definiowana jako „wynikająca z intencji spowodowania fizycznego bólu lub zranienia drugiej osoby”¹. W literaturze psychologicznej można często wyróżnić trzy podstawowe kryteria definicyjne przemocy. Piszą o nich między innymi P. Passowicz i M. Wysocka-Pleczyk. Są to według nich: rodzaj zachowania, intencje i skutki. Jeśli chodzi o kryterium rodzaju zachowania, to powstają na tym gruncie definicje dość wąskie. Należy do nich np. definicja Kempego, według którego przemoc to akty fizycznego krzywdzenia drugiej osoby – np. żony czy dziecka.

Podobnie Amerykańskie Centrum Pomocy Dzieciom Krzywdzonym i Zanedbanym definiuje przemoc jako fizyczne lub umyślone działanie na szkodę, wykorzystywanie seksualne, zaniedbywanie lub maltretowanie dziecka po-

¹ K. Browne, M. Herbert, *Zapobieganie przemocy w rodzinie*, Warszawa 1999, s. 39.

niżej 18 roku życia przez osobę odpowiedzialną za pomyślny jego rozwój oraz działania, które stanowią zagrożenie dla jego rozwoju. Podobnie rzecz ma się z kryterium intencji działania sprawcy, za pomocą którego konstruuje się również wąskie i trudno mierzalne definicje. Natomiast do przykładów definicji powstających w oparciu o kryterium skutków należy definicja J. Kądzieni, który określa przemoc jako „takie wywieranie wpływu na ludzi, w którego wyniku ich aktualny poziom rozwoju somatycznego i duchowego jest mniejszy niż potencjalny poziom tego rozwoju”².

Przemoc jest przez wielu z nas rozumiana jako przestępstwo, zbrodnia, czyn dokonany na drugiej osobie. „Przed wszystkim należy określić, że termin przemoc leży na pograniczu dwóch różnych języków. Pierwszy jest językiem opisowym, którym posługują się między innymi nauki przyrodnicze i społeczne. Drugi normatywnym, w którym formułowane są zasady odwołujące się do sfery wartości – dotyczy on prawa, etyki i moralności. Przemoc jest mocą, którą przemaga. Stosujemy przemoc, aby coś przezwyciężyć, przełamać, przemoc”³.

Przemoc i agresja są ze sobą ściśle powiązane. Często próbujemy rozdzielić akt przemocy od aktu agresji, dopatrując się różnic w celach; zakładamy, że jednym z głównych celów agresji jest zaszkodzenie ofierze, przysporzenie jej cierpienia, natomiast celem przemocy jest wywarcie pewnego rodzaju wpływu, np. wymuszenie pożądanego zachowania. Oczywiście można kierować się wzniosłymi pobudkami (np. sprawić dziecku lanie w trosce o jego zdrowie i bezpieczeństwo). Niejasność różnic pomiędzy agresją a przemocą polega między innymi na tym, że w psychologii funkcjonują podziały na różne typy agresji: np. agresja instrumentalna, agresja przemieszczona czy agresja pośrednia. Trudno jest stworzyć jedną zadowalającą definicję przemocy.

Idąc dalej, warto zapytać, czy jest sensownym zabiegiem konstruowanie formalnych definicji przemocy. Niektórzy badacze twierdzą, że nie, zadowalają się ogólnym ujmowaniem tego typu zjawisk. Szerokie rozumienie problemu pozwala na wyodrębnienie dwóch typów przemocy której sprawcami są dorośli: przemocy wobec małżonka i przemocy wobec dziecka; dwóch typów przemocy, w której sprawcami są dzieci: przemocy wobec rodziców i przemocy wobec rodzeństwa; oraz typ przemocy, w którym sprawcami mogą być i dorośli, i dzieci, tj. przemoc wobec osób w podeszłym wieku.

„Przemoc w rodzinie to zamierzone i wykorzystujące przewagę sił działanie przeciw członkowi rodziny, naruszające prawa i dobra osobiste, powodujące cierpienie i szkody”⁴. Charakteryzuje się ona tym, że:

² P. Pasowicz, M. Wysocka-Pelczyk, *Przemoc – problemy definicyjne*, w: *Agresja i przemoc we współczesnym świecie*, t. I, J. Kuźma, Z. Szarota (red.), Kraków 1998, s. 32–33.

³ *Ibidem*, s. 33.

⁴ <http://www.niebieskalinia.pl>, 10.03.2003.

- jest intencjonalna – przemoc jest zamierzonym działaniem człowieka i ma na celu kontrolowanie i podporządkowanie ofiary,
- siły są nierówne – w relacji jedna ze stron ma przewagę nad drugą, ofiara jest słabsza, a sprawca silniejszy,
- narusza prawa i dobra osobiste – sprawca wykorzystuje przewagę siły, narusza podstawowe prawa ofiary (np. prawo do nietykalności fizycznej, godności, szacunku itd.),
- powoduje cierpienie i ból – sprawca naraża zdrowie i życie ofiary na poważne szkody. Doświadczenie bólu i cierpienia sprawia, że ofiara ma mniejszą zdolność do samoobrony.

Dom rodzinny jest postrzegany jako środowisko miłości i opieki, bezpieczne miejsce domowego ogniska, schronienie przed całym złem zewnętrznego świata. Jednak są ludzie, dla których dom rodzinny jest miejscem terroru i cierpienia, zagrożenia i poniżenia, leku i rozpacz.

Od kilku lat w Polsce coraz częściej posługujemy się terminem „przemoc w rodzinie” lub nieco łagodniejszym „przemoc domowa”. Często przejawy przemocy domowej są oczywiste i nie ma wątpliwości w jej rozpoznawaniu. Jednak przydatne jest określenie praktycznych kryteriów, wskazujących na obecność przemocy w bardziej złożonych przypadkach.

Według roboczej definicji, przyjmowanej przez polskich specjalistów, przemoc domowa to działanie lub zaniechanie dokonywane w ramach rodziny przez jednego z jej członków przeciwko pozostałym, z wykorzystaniem istniejącej lub stworzonej przez okoliczności przewagi sił lub władzy, godzące w ich prawa lub dobra osobiste, a w szczególności w ich życie lub zdrowie (fizyczne czy psychiczne), powodujące u nich szkody lub cierpienie.

W przemocy domowej najbardziej istotna jest demonstracja i wykorzystanie siły lub władzy w sposób, który jest krzywdzący dla innych członków rodziny. Na przemoc w rodzinie można spojrzeć z perspektywy, prawnej, moralnej, psychologicznej i społecznej⁵.

W świetle prawa przemoc w rodzinie to przestępstwo, którego odmiany określone są w różnych kodeksach. Najczęściej powołujemy się na art. 207 kk, dotyczący znęcania się fizycznego lub moralnego nad członkiem rodziny, który przewiduje za taki czyn karę pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 5 lat.

Perspektywa moralna pokazuje, że używanie przemocy to krzywdzenie słabszego i jest złem moralnym. Sprawca powinien podlegać sankcjom własnego sumienia i potępienia ze strony innych ludzi. Moralna ocena przemocy powinna powstrzymywać sprawców i motywować świadków do pomagania. Psychologiczne spojrzenie na przemoc domową zwraca uwagę na cierpienie i bezradność ofiary, odsłania mechanizmy wewnętrzne i sytuacyjne sterujące

⁵ *Ibidem.*

przemocą oraz złożone procesy interakcji między sprawcą i ofiarą. Psychologiczne rozumienie przemocy odgrywa podstawową rolę przy pomaganiu ofiarom w wyzwalaniu się od przemocy i w naprawianiu szkód, jakie poczyniła w ich życiu. Z perspektywy społecznej widać czynniki zawarte w obyczajach i postawach, które mogą sprzyjać przemocy lub ją usprawiedliwiać. Z drugiej strony w przeciwdziałanie przemocy mogą angażować się znaczące siły społeczne i wywierać wpływ na stan spraw publicznych. „Trudno oszacować dokładnie rozmiary przemocy domowej w Polsce. Każdego roku do sądu zgłaszanych jest zaledwie kilkanaście tysięcy spraw o znęcanie się nad rodziną, natomiast policja w tym samym czasie rejestruje około miliona awantur domowych, do których jest wzywana. Kilkanaście procent dorosłych kobiet podaje w badaniach, że zostały uderzone przez męża, a czterdzieści procent kobiet uważa, że sprawienie lania dziecku jest zwykłą metodą wychowawczą”⁶.

Przemoc fizyczna

Przemoc fizyczna jest intencjonalnym zachowaniem, niosącym ryzyko uszkodzenia ciała, niezależnie czy do tego dochodzi.

W sytuacjach przemocowych, odnoszących się do kobiet, wyróżnia się trzy fazy:

1) budowanie (narastanie) napięcia

Na tę fazę składa się wiele różnych incydentów, zniesławienia w przyпыlywie zazdrości, wybuch gniewu, obrażanie słowne, grożenie użyciem siły. Stopniowo zachowania te nasilają się. Faza ta charakteryzuje się tym, że agresywny partner zachowuje się tak, aby uniknąć konfliktu i konfrontacji. Napięcie dalej narasta, stając się już nie do zniesienia, i agresywny partner traci całkowicie kontrolę nad swym zachowaniem.

Często zdarza się, że wydarzenie, które zapoczątkowuje drugą fazę – agresywny atak – jest wywołane przez mężczyznę i jest walką o władzę. Mężczyzna wydaje ultimatum, które zwykle nie może być wykonane przez kobietę, i żeby nie stracić „twarzy” reaguje on agresywnie. Często wydarzenie, które wywołuje awanturę jest nieważnym, łatwo rozwiązywalnym problemem, takim jak np. spóźniony obiad lub plamka na jego ubraniu.

2) atak i walka (ostra przemoc)

Faza ta charakteryzuje się wybuchem gniewu i niekontrolowanym atakiem. Różni się od fazy budowania napięcia tym, że agresor traci całkowicie kontrolę nad swoim zachowaniem i jego czyny są nieprzewidywalne. Mimo że agresor może zacząć swoje agresywne zachowania od racjonalnego usprawiedliwiania, to kończy je na „ślepo”. Zazwyczaj przyczyną agresywnego zachowania

⁶ *Ibidem*.

jest chęć dania kobiecie „lekcji”, i podkreślenia w ten sposób swojej władzy. Niestety, z reguły kończy się to poważnym pobiciem i uszkodzeniem partnerki. Faza druga jest krótka i nie można przewidzieć rodzaju zastosowanej przemocy, gdzie i kiedy się wydarzy oraz jej skutków. Po ataku przemocy następuje zazwyczaj wypieranie się tego faktu i niedowierzanie. Agresor usprawiedliwia i minimalizuje powagę sytuacji i efekty tego wydarzenia.

3) uprzejmość i skrucha (faza miodowego miesiąca)

Faza ta charakteryzuje się spokojnym zachowaniem mężczyzny, który okazuje miłe, kochające zachowanie wobec partnerki. Mężczyzna wie, że przesadził, czuje się winny, jest mu przykro i chce to naprawić. Prosi o przebaczenie. Wszystkie jego działania skierowane są na pojednanie i jeśli to konieczne, włoży on dużo wysiłku, żeby np. podjąć terapię (jakkolwiek jest wielce prawdopodobne, że przy powrocie do pierwszej fazy cyklu zrezygnuje z niej). W fazie tej mężczyzna będzie robił wszystko, co konieczne, by utrzymać związek i być znowu razem z żoną. Często mężczyzna czuje ulgę i wierzy, że jego agresywne zachowanie nie powtórzy się więcej. Po zakończeniu trzeciej fazy zaczyna się faza pierwsza i cykl powtarza się od początku.

Przejawami przemocy fizycznej są: popychanie, policzkowanie, szarpanie za włosy, uderzenie pięścią, kopanie, przypalanie papierosem, duszenie, rzucanie przedmiotami, drapanie, plucie, wykręcanie rąk, napaść z użyciem broni, krępowanie lub uwięzienie, świadome stwarzanie niebezpiecznych sytuacji, stanowiących zagrożenie fizyczne (na przykład szybka jazda samochodem). Lista form przemocy fizycznej nie ogranicza się tylko do wymienionych powyżej.

Ofiary przemocy domowej doświadczają lęku, cierpienia, bezsilności, przygnębienia i rozpacz. Ich ciało i psychika doznaje ostrych urazów, dodatkowo podlegając niszczącej sile rozciągniętego w czasie poczucia zagrożenia i wynikającego stąd stresu. Próbują się także bronić. J. Mellibruda⁷ wyróżnia siedem strategii, którymi posługują się kobiety w celu powstrzymania własnego męża od bicia:

1) rozmowa ze sprawcą

Kobiety, rozmawiając ze sprawcą przemocy, opowiadają im o swoim cierpieniu i krzywdzeniu, starają się wzbudzić w nim poczucie winy. Zdarza się, że sprawcy zgłaszają gotowość do zaprzestania bicia, jeżeli ofiara będzie posłuszna i będzie spełniać ich oczekiwania. Często jednak rozmowy prowadzą do nowych aktów złości, więc kobiety uczą się milczeć;

⁷ Por. J. Mellibruda, *Wybrane problemy patologii życia rodzinnego*, w: *Psychologia. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, J. Strelau (red.), Gdańsk 2000.

2) uzyskiwanie od sprawcy przemocy obietnicy poprawy i powstrzymywania się od bicia

Odwoływanie się do miłości, do moralności, do tego, „co pomyślą sobie sąsiedzi i dzieci” może skłonić sprawcę do przyrzeczenia, że już nigdy więcej nie zachowa się brutalnie;

3) straszenie sprawców

Ofiary grożą powiadomieniem policji, opuszczeniem domu, rozwodem, skargą w zakładzie pracy itp. Jednak groźby te stosunkowo rzadko są spełniane i sprawcy zdają sobie z tego sprawę. Dlatego jedynym sposobem zwiększania skuteczności tej strategii jest zrealizowanie przynajmniej części tych groźb;

4) ukrywanie się przed sprawcą

Czasem oznacza to wybieganie z domu, chowanie się w innym pokoju, zamknięcie w łazience, w piwnicy lub w szafie. Przynosi to doraźną nadzieję uniknięcia pobicia, ale często daje mężowi pretekst do następnych aktów przemocy. Mężczyzna, który atakiem agresji potwierdza swą dominację i władzę, pragnie kontrolować nie tylko zachowanie, ale i miejsca, w których znajduje się ofiara;

5) pasywna obrona

To strategia polegająca na próbach osłonięcia własnego ciała dłońmi, ramionami, stopami, poduszką lub sprzętami domowymi. Pasywna obrona u większości badanych kobiet nie pomagała, często zwiększała agresywność sprawców. Dla mężczyzn o cechach sadystycznych kobiecy płacz stanowi dodatkową stymulację agresywnego zachowania i skłania do kontynuowania przemocy;

6) unikanie

Zwykle stanowi ono próbę zapobiegania aktom przemocy przed pojawieniem się agresywnego ataku. Kobiety starają się „schodzić z oczu”, gdy przeczuwają, że zbliża się fala agresji. Opuszczają dom przed powrotem męża lub odmawiają podejmowania dyskusji w wypadku zaczepek prowokujących sytuacje przemocy. Mogą również powstrzymać się od pewnych zachowań, aby uniknąć kolejnego bicia;

7) walka obronna

Stosuje ją wiele bitych kobiet, które próbują oddawać razy, drapią, kopią, gryzą lub odpychają. Czasem rzucają przedmiotami, policzkują męża lub uderzają tym, co mają pod ręką. Agresywne zachowanie ofiary powstrzymywało sprawcę tylko wtedy, gdy nabierał przekonania o dużej determinacji żony. Zdarzało się to jednak bardzo rzadko. W większości walka obronna jest strategią niebezpieczną i powoduje nasilenie przemocy. Sprawca uzyskuje dodatkowe powody do karania za nieposłuszeństwo.

U ofiar przemocy domowej rozpoznaje się specyficzną kategorię zaburzeń emocjonalnych. Jest to zespół zaburzeń stresu pourazowego (post traumatic stress disorder – PTSD). Zaburzenie to pierwotnie zostało rozpoznane

u żołnierzy doznających urazów emocjonalnych w czasie wojny, u ofiar katastrof oraz u zakładników porywanych przez terrorystów. Do jego podstawowych objawów zalicza się bolesne powracanie śladów doświadczeń urazowych, przeżywanie specyficznego paraliżu emocjonalnego i unikanie tego, co przypomina uraz, a także stan hiperpobudzenia. Mimo upływu czasu od raniących sytuacji pojawiają się koszmary senne, bezsenność, wstrząsające wspomnienia, wizje na jawie, niezrozumiałe i bolesne stany emocjonalne i somatyczne. Ofiara czuje, jakby jej uczucia znajdowały się w stanie zamrożenia lub związania. Towarzyszy temu gotowość do nagłej ucieczki lub walki, bez sytuacyjnego uzasadnienia. Osoba taka obawia się, że zwariowała, nie rozumie tego, co się z nią dzieje.

Gdy zaburzenia takie pojawiają się u osób, które przeżyły traumatyczne doświadczenie, odpowiednia pomoc terapeutyczna może przyczynić się do złagodzenia i wycofania tych objawów. Ofiary przemocy domowej są niestety wielokrotnie narażone na takie zranienia i często dzieje się to w chwilach, gdy nasilają się objawy PTSD, spowodowane poprzednimi atakami przemocy. Zaburzenie to osłabia poważnie siły ofiary przemocy i objawy mogą osiągać większe nasilenie niż u innych osób.

U ofiar przemocy domowej, u których występuje zespół zaburzeń stresu pourazowego i które wielokrotnie ulegają intensywnej przemocy psychicznej, często rozwija się proces wiktylizacji, który w sposób degradujący zmienia poczucie tożsamości maltretowanej osoby.

Powtarzająca się przemoc burzy utrwalonego obraz własnej osoby, na którym opierała się dotychczasowa egzystencja. Maltretowana osoba traci poczucie bezpieczeństwa, zaufanie do siebie, zaczyna źle o sobie myśleć. Często czuje się jak małe dziecko i pragnie wycofać się z normalnego życia i odizolować od innych.

U części ofiar przemocy pojawia się wtórne zranienie, spowodowane niewłaściwymi reakcjami ich otoczenia społecznego. Członkowie rodziny lub inne osoby z powodu ignorancji, zmęczenia lub bezradności zachowują się w sposób, który dodatkowo uszkadza psychicznie maltretowaną osobę. Przejawia się to w formie niewiary w to, co osoba krzywdzona mówi, w pomniejszeniu tragizmu i znaczenia raniących doświadczeń, obwinieniu jej lub naznaczeniu negatywnymi określeniami. Czasem odmawiają pomocy lub sugerują, że ofiara chce uzyskać nieuzasadnione korzyści ze swojej krzywdy.

Pod wpływem powtarzania się aktów przemocy oraz w efekcie małej skuteczności zapobiegania im i radzenia sobie z urazami krzywdzona osoba zaczyna przystosowywać się na stałe do roli ofiary i przestaje się bronić. Zaczyna myśleć o sobie i swoim życiu tak, jakby bycie ofiarą było jej nieuchronnym przeznaczeniem. Staje się nietolerancyjna dla własnych słabości i błędów, ob-

winia się, i odmawia sobie podstawowych praw ludzkich, przestaje oczekiwać poprawy swojej sytuacji. Traci nadzieję i poczucie godności. Czasem w odruchu rozpaczycy podejmuje zamach na swoje życie lub na życie sprawcy. Oczywiście tylko u części ofiar proces wiktymizacji osiąga ten ostatni etap. Na ogół nie wiemy, jak często się to dzieje, ponieważ osoby w tym stanie nie szukają już pomocy.

Przemoc psychiczna lub emocjonalna

Termin „przemoc psychiczna” ma trzy znaczenia. Oznacza sytuację sprawowania przez sprawcę psychologicznej kontroli nad ofiarą, wskazuje, że krzywdzenia ofiary można dokonywać za pomocą oddziaływań psychologicznych, a także zwraca naszą uwagę na uszkodzenia psychiki spowodowane przez przemoc.

Zastanawiające jest, że domowa przemoc psychiczna w ekstremalnych przypadkach ujawnia podobieństwa do metod przymusu i terroru stosowanych w krajach totalitarnych wobec więźniów wojennych lub politycznych.

Sprawca przemocy w rodzinie często stara się doprowadzić do izolacji społecznej ofiary. Kontroluje i ogranicza jej kontakty z innymi członkami rodziny, koleżankami i sąsiadami. Zachowuje się obraźliwie wobec jej znajomych lub robi awantury w ich obecności. Zakazuje jej opowiadać o tym, co się dzieje w domu, i karze ją za złamanie zakazu. Narastająca izolacja i ukrywanie przed innymi swego cierpienia pogłębia jej bezsilność i powiększa władzę sprawcy.

Sprawca domaga się posłuszeństwa we wszystkich dziedzinach życia rodzinnego – w dziedzinie posiłków, ubierania, wydawania pieniędzy, wychowania dzieci itd. Wymagania te często się zmieniają i nieraz bywają irracjonalne. Początkowo kobieta protestuje i dyskutuje, jednak z czasem – by zapewnić sobie spokój lub ze strachu – zaczyna bez sprzeciwu się podporządkowywać. Czas i energia kobiety są całkowicie pochłonięte zapobieganiem wybuchom jego złości, odgadywaniem jego myśli i zachcianek. Własne potrzeby i poglądy przestają się liczyć i w końcu kobieta przestaje wiedzieć, czego naprawdę chce, co czuje i myśli, co jest złe, a co dobre.

Opisywanym zjawiskom stale towarzyszą groźby i demonstracje mocy sprawcy. Kobieta słyszy, że zostanie tak pobita, „że nikt jej nie pozna”, że jej dzieci zostaną skrzywdzone, że zostanie wyrzucona na ulicę itd. Niektóre z tych gróźb zostają spełnione, więc kobieta nie może przewidzieć, która groźba jest mniej realna. Zmusza ją do posłuszeństwa wobec żądań partnera, a całą jej energię i uwagę pochłaniają starania o zapewnienie sobie doraźnego bezpieczeństwa. Sprawca bez stosowania przemocy fizycznej może zmusić ofiarę do zrobienia czegoś, co jest dla niej wstydlive lub upokarzające, a następnie grozić, że powie o tym znajomym lub rodzinie.

Pod wpływem udręczenia i „prania mózgu” u ofiary pojawiają się stany nieustannego wyczerpania. Są one wynikiem ciągłego stresu, czuwania nad samoobroną i spełnienia żądań sprawcy. Energię pochłania również konieczność ukrywania strachu, rozpacz i gniewu, ponieważ okazywanie tych i podobnych uczuć jest przez sprawcę ośmieszane lub karane.

Bywają chwile, gdy kobieta jest na tyle zrozpaczona, że zaczyna się przygotowywać wewnątrz do wyrwania się z tej pułapki i odejścia. Sprawca przemocy nieraz wyczuwa tę gotowość i reaguje chwilową zmianą swego postępowania. Okazuje czułość, kupuje prezenty, staje się pobłażliwy, czasem przeprosza. W miejsce lęku i rozpacz u kobiety pojawia się nadzieja, że wszystko się zmieni, więc rezygnuje z ucieczki i postanawia dalej starać się o utrzymanie związku⁸.

Przemoc seksualna w małżeństwie

Interesujące doniesienia na temat osobowości maltretowanych seksualnie kobiet podaje K. Pospiszyl: jako główny czynnik wewnątrzpsychiczny, który prowokuje agresję wobec ofiary, podaje jej skłonności masochistyczne. O wrodzonym masochizmie kobiet przekonywali już twórcy i autorzy psychoanalizy, poczynając od lat czterdziestych ubiegłego stulecia, jednak w świetle współczesnych badań teza ta trudna jest do uzasadnienia. Duży wpływ na późniejsze ukształtowanie się osobowości z tzw. syndromem maltretowanej żony ma środowisko rodzinne dziewczynki do okresu dojrzewania. Otóż, bite w dzieciństwie przez rodziców, w dorosłym życiu stają się biernymi ofiarami molestowania seksualnego swoich partnerów. Podświadomie poszukują one takich mężczyzn, którzy swoim agresywnym zachowaniem powielają model rodziny wyniesiony z dzieciństwa.

Zbigniew Lew-Starowicz⁹ zwraca uwagę na inne cechy i czynniki osobowościowe – diadyczne i społeczne – warunkujące syndrom maltretowanej żony: chodzi tu o bierność, niedojrzałość, lęklivość oraz uzależnienie od alkoholu. Także kobiety łatwowierne, naiwne, uzależnione od swoich partnerów emocjonalnie i finansowo częściej padają ofiarami przemocy. Do przyczyn interpersonalnych sprzyjających temu zjawisku zalicza się głównie zakodowane doświadczenia przemocy we własnym środowisku rodzinnym oraz przenoszenie tych wzorów do własnego modelu partnerstwa. Kazimierz Pospiszyl¹⁰ uważa, że uczenie się ma większy wpływ na zachowanie agresywne ludzi niż na przykład stężenie i typ hormonów we krwi, jak ma to miejsce w opisywanych

⁸ *Ibidem*, s. 23.

⁹ Por. Z. Lew-Starowicz, *Zespół maltretowanej żony*, „Problemy Rodziny” 1992, nr 4.

¹⁰ Por. K. Pospiszyl, *Psychologia kobiety*, Warszawa 1986.

relacjach dominacji – submisji u zwierząt. Mężczyźni częściej bywają sprawcami agresywnych napaści, ponieważ w naszej kulturze przedstawicielom obu płci przysługują nierówne prawa do wyładowania agresji. Dlatego kobiety bywają częściej ofiarami agresji, w tym także gwałtów małżeńskich.

Rozładowanie seksualne realizowane w postaci gwałtów ma związek z niską samooceną oraz z potrzebą dominacji. Atak spowodowany jest często lękiem przed kobietą – jest jedyną sprawdzalną i dostępną napastnikowi formą zmanifestowania swojej męskości. Gwałt to nie tylko fizyczne wymuszenie współżycia, ale także szantaż emocjonalny, prowadzący do uległości ofiary lub zmuszenie do nieaprobowanych form współżycia. Lew-Starowicz¹¹ podaje następujące formy zespołu maltretowanej żony, opisywane przez seksuologów:

- gwałcenie żony, które przybiera niekiedy formy sadystyczne;
- zmuszenie do zachowań seksualnych niezgodnych z jej poczuciem wstydu, systemem wartości, wrażliwości (np. do kontaktów analnych, sadomasochistycznych, z zastosowaniem akcesoriów, w trakcie oglądania filmów pornograficznych czy też w obecności innych osób);
- narzucenie żonie częstotliwości współżycia, która znacznie przekracza jej potrzeby i oczekiwania;
- ośmieszanie żony w trakcie współżycia, okazywanie jej pogardy, porównywanie do innych kobiet;
- zmuszanie żony do kontaktów kazirodczych, do współżycia z innymi mężczyznami (zespół prowokowanej zdrady), do seksu lesbijskiego czy też zoofilii.

Przemoc w stosunku do żon – w tym przemoc seksualna – w różnych kulturach i w różnych środowiskach nie jest postrzegana jako wyraz maltretowania, lecz naturalnego traktowania kobiet zdominowanych przez mężczyzn. W kulturze zachodnioeuropejskiej funkcjonuje stereotyp, że kobiety chcą być zniewalane. Im bardziej patriarchalny jest model kultury, tym silniejsze są takie stereotypy. W kulturze latynoskiej na przykład gwałcenie żony jest bardzo częste. Natomiast w krajach hinduizmu – gdzie pozycja kobiet jest bardzo wysoka – gwałty w małżeństwie są społecznie potępiane. W Polsce, jak dotąd, potępia się jedynie ingerencję instytucji w życie rodziny, mimo iż łamane są w niej niejednokrotnie podstawowe prawa człowieka.

Przemocy seksualnej zazwyczaj towarzyszą uzależnienia¹² (w 65% jest nim alkohol) oraz choroba psychiczna (w 50%). Zatem kobiety systematycznie gwałcone żyją w rodzinach nadużywających alkohol lub w takich, w których partner przejawia zaburzenia osobowości. Motywem gwałtu jest najczęściej zazdrość oraz chęć ukarania partnerki za domniemaną lub faktyczną niewier-

¹¹ Por. Z. Lew-Starowicz, *op. cit.*

¹² Raport z danych statystycznych „Niebieskiej linii”, PARPA, 1996.

ność. Taki gwałt spełnia u mężczyzny rolę bufora redukującego lęk przed zdradą. Z raportu wynika, że w rodzinach, w których nadużywa się alkoholu, 90% kobiet stale doświadcza gwałtów małżeńskich. Kobiety uzależnione, w porównaniu innymi, o wiele częściej doświadczają przemocy seksualnej w swych małżeństwach. Kobiety pijące alkohol stają się łatwymi ofiarami, a nadużywający go mężczyźni – sprawcami gwałtów.

Przemoc fizyczna wobec dzieci

Stosowanie przemocy fizycznej wobec dzieci jest uswięcone przez tradycyjną pedagogikę. Dziś już trudniej jest bezkarnie znęcać się fizycznie nad dzieckiem, jednak zjawisko to wciąż istnieje. Są środowiska, do których świadomość praw człowieka, w tym praw dziecka, jeszcze nie dotarła. Są również grupy społeczne o charakterze patologicznym, które wiedzą tego typu odrzucają¹³.

Przemocą fizyczną nazywamy takie zachowania wobec dziecka, które wywołują u niego ból fizyczny bez względu na to, czy na jego ciele pozostaną ślady, czy też nie. Zazwyczaj jednak zostają – u maltretowanych dzieci widoczne są uszkodzenia i obrzęki skóry spowodowane kopnięciami, uderzeniami pięścią, pasami, sznurami od żelazka. Dzieci doznające przemocy fizycznej często są pacjentami szpitali, a połamane kończyny, pęknięcia kości, wybite zęby czy obrażenia wewnętrzne rodzice tłumaczą wypadkiem lub niezamierzonym uderzeniem się o mebel. Dorosłych, znęcających się nad swoim dzieckiem, cechuje duża pomysłowość w wyszukiwaniu sposobów zadawania dzieciom bólu: szczypią je, przypalają papierosem, wrywają włosy, wiążą sznurami, duszą, a nawet gryzą. Fizycznymi skutkami bicia dzieci może być kalectwo oraz różne choroby somatyczne, uwarunkowane uszkodzeniami narządów wewnętrznych lub organicznymi uszkodzeniami mózgu, a nawet śmierć.

Jest jeszcze wiele innych, rzadziej dostrzeganych skutków przemocy stosowanej wobec dzieci. Są to poznawcze, emocjonalne i behawioralne następstwa zespołu dziecka maltretowanego. Zaliczymy do nich zarówno brak poczucia bezpieczeństwa, przynależności uczuciowej do osób najbliższych oraz obniżoną samoocenę, jak i nieakceptowanie siebie, poczucie zagubienia, krzywdy i winy, a także trudności w nawiązywaniu kontaktów z otoczeniem. Dzieci, które są ofiarami przemocy fizycznej, przeżywają stany depresyjne i lęki, są egocentryczne, bierne i zależne lub agresywne i nadpobudliwe, ze skłonnościami do autodestrukcji. U dzieci bitych obserwuje się również zaburzenia pamięci, koncentracji oraz brak poczucia rzeczywistości¹⁴.

¹³ H. Rylke, *Pokolenie zmian. Czego boją się dorośli?*, Warszawa 1999, s. 48.

¹⁴ *Ibidem*, s. 48.

Przemoc fizyczna poniża godność dziecka, upokarza je, widzą one wtedy swoją niemoc i bezsilność. Dzieci z poczuciem niepełnej wartości pogłębiają w sobie przekonanie, że są nic niewarte. Szczególnie groźne są kary stosowane przez osoby niecieszące się szacunkiem u dzieci, jak ojczym czy przyjaciel matki. Przemoc fizyczna stosowana przez nich wyzwała nienawiść i chęć odwetu.

Dziecko wstydzi się swojego upokorzenia, nie skarży się, że jest bite, nawet jeśli mogłoby uzyskać poprawę swojej sytuacji. Złożona przemoc fizyczna wiąże dziecko z prześladowającymi rodzicami. To, co je wiąże, to lęk, przerażenie. Dotyczy ono niepewności, czy przeżyje oraz wyobrażeń o przyszłości. Wiąże również wstyd: bicie i upokarzanie słowne i sytuacyjne bardzo je zawstydza, a to powoduje poczucie obniżenia własnej wartości. Czują się niepełnowartościowymi osobami, człowiek ma słaby wpływ na kształtowanie swojego życia. Nie realizuje swoich możliwości, gdyż nie jest w stanie odczuć swoich własnych aspiracji, coraz głębiej wchodzi w bezradność, przywiązuje się do przemocy¹⁵.

Skutki przemocy wobec dzieci mogą zostać przeniesione na ich życie dorosłe. Osoby takie mogą nigdy nie nadrobić zaległości w nauce lub umiejętności kształtowania stosunków międzyludzkich. Wzorce wyniesione z domu mogą przyczynić się do wchodzenia w związki oparte na przemocy.

Przemoc w domu da się ukryć – głównie z powodu współpracy oprawcy z ofiarą. Wydaje się również, że nowa świadomość dotycząca praw dziecka nie jest dostatecznie ugruntowana, aby wywołać znaczące społecznie zmiany w postawach wychowawczych¹⁶.

Przemoc psychiczna lub emocjonalna

Przemoc emocjonalna, nazywana też przemocą psychiczną dotyczy zachowań, które składają się na niewłaściwe postępowanie wobec dziecka, wyrażając mu poważne (czasami nieodwracalne) szkody natury emocjonalnej. Psychiczne krzywdzenie jednostki jest najbardziej nieuchwytną, najbardziej zdradliwą formą przemocy. Trudno zmierzyć prawdziwe rozmiary psychicznego znęcania się czy też określić wszystkie tego typu zachowania, które kaleczą jego psychikę, nie pozostawiają na ciele żadnych śladów.

Organizacja Amnesty International, która zajmuje się ochroną praw człowieka, psychiczne znęcanie się definiuje w sposób operacyjny, zaliczając do niego następujące formy zachowania: izolację, ograniczanie snu i pożywienia, narzucanie własnych sądów, degradację werbalną (wyzwiska, poniżanie, upokarzanie), hipnozę, narkotyzowanie, groźbę zabójstwa¹⁷.

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ *Ibidem*, s. 49.

¹⁷ Por. I. Pospiszyl, *Przemoc w rodzinie*, Warszawa 1998.

A. Piekarska¹⁸ do zachowań z tej kategorii zalicza całe spektrum agresji słownej wobec dziecka: wymyślanie, ubliżanie, straszenie, groźby, krytykowanie, ośmieszanie, poniżanie itd. Agresja werbalna jest najczęstszą i najpowszechniej przejawianą formą agresji. Poza przykrymi fizycznymi właściwościami tych zachowań (podniesienie głosu, krzyk, specyficzny ton i barwa głosu) szczególną rolę wyrażają tu odgrywane treści (najczęściej groźby i obraźliwe uwagi), bezpośrednio adresowane do dziecka. S. Forward¹⁹ agresję słowną używa zamiennie z pojęciem „niszczenie słowem”. Uważa ona, że najbardziej znieważające są napaści słowne, których przedmiotem jest wygląd dziecka, jego inteligencja, umiejętności czy też wartość jako istoty ludzkiej. Rany w psychice dziecka pozostawiają niezatarty ślad. Usłyszane obelgi i doznane upokorzenia wracają często w snach dorosłego już człowieka, który nie potrafi zapomnieć, nawet gdyby chciał. Dzieci narażone są na różne oblicza przemocy w domu, w szkole, na podwórku, lecz nie ulega wątpliwości, iż najbardziej boleśnie ranią słowa padające z ust rodziców, ponieważ od nich dzieci oczekują najczęściej miłości i zrozumienia. Przyczyny złego traktowania dziecka są bardzo złożone. Wiele krzywdzących zachowań może wynikać z niewiedzy rodziców na temat wychowania dziecka, jego potrzeb i właściwości psychicznych, jak również z występowania patologii oraz powielania zachowań swoich rodziców²⁰.

Przemocą psychiczną są też wszystkie zachowania opiekunów, które w zamierzony sposób odbierają dziecku poczucie bezpieczeństwa, narażają go na lęk, samotność i smutek, a nawet rozpacz. Należy do nich przede wszystkim wycofanie miłości, niewystarczające jej okazywanie lub po prostu jej brak, czyli całkowite odrzucenie dziecka²¹.

Przypadki psychicznego znęcania się, ujawniane najczęściej w sytuacji przemocy fizycznej, dotyczą zwykle bardziej hałaśliwych form zachowania. Zachowania te wzbudzają też większe zainteresowanie opinii społecznej. Istnieją jednak metody daleko bardziej wyrafinowane, ukryte pod maską rzetelności, którym na pozór nie można nic zarzucić. Dziecku nie jest łatwo bronić się przed takimi sytuacjami. Najczęściej nie zdaje sobie sprawy, że jest krzywdzone, wręcz przeciwnie, samo czuje się winne. Wszystkie formy przemocy emocjonalnej dotyczą prawie jednej czwartej dzieci, pojawiają się z mniejszą

¹⁸ Por. A. Piekarska, *Przemoc w rodzinie. Psychospołeczne uwarunkowania przemocy wobec dziecka*, Warszawa 1991.

¹⁹ Por. S. Forward, *Toksyczni rodzice*, Warszawa 1992.

²⁰ J. Maćkiewicz, *Przemoc emocjonalna w rodzinie w opinii młodzieży*, „Nowa Szkoła” 2001, nr 3.

²¹ Por. J. Kuźnia, *Patologia społeczna wśród dzieci i młodzieży*, w: *Stan i koncepcje rozwoju opieki i wychowania w Polsce*, Z. Branka, J. Kuźnia (red.), Kraków 1996, s. 158.

lub większą częstotliwością, kształtują określone nastawienia psychiczne dziecka, a także dostarczają mu wzorców zachowań. Rodzina jest miejscem, gdzie człowiek uczy się kultury przejawiania uczuć i to w sposób jak najbardziej naturalny i wszechstronny. Jednakże nie docenia się ogromnego wpływu więzi emocjonalnych panujących w rodzinie na rozwój osobowości dziecka. Tymczasem jest to jedna z pierwszych potrzeb, której nie wolno lekceważyć. Potrzeba doznawania i przejawiania uczucia miłości jest nabyta, a nie wrodzona. Dziecko musi najpierw być kochane i nauczone odwzajemniania miłości, gdyż bez tego bowiem nie będzie ono umiało kochać. Właściwy stosunek uczuciowy rodziców do dziecka jest podstawowym warunkiem prawidłowego funkcjonowania jego mechanizmów regulacyjnych, natomiast niewłaściwy – obojętny lub negatywny – stosunek rodziców do dziecka niekorzystnie wpływa na tworzenie się jego poznawczych mechanizmów regulujących. Przy negatywnym nastawieniu rodziców często występuje u dziecka niskie poczucie własnej wartości. Brak poczucia bezpieczeństwa u dziecka prowadzi zwykle do zahamowania jego tendencji do samodzielności i aktywności, co w efekcie wpływa niekorzystnie na poziom samooceny, a także na utrwalanie potrzeby osiągnięć. Ponadto poczucie zagrożenia dziecka jest czynnikiem utrudniającym lub nawet uniemożliwiającym formowanie się motywacji prospołecznej, a sprzyjającym powstawaniu motywacji egocentrycznej. Odrącenie dziecka, chłód uczuciowy wobec niego, ciągła dezaprobata i krytyka zamiast interesowania się jego problemem może spowodować występowanie takich zachowań, jak: nieposłuszeństwo, kłamanie, kłótniwość, uleganie chęci przywłaszczenia sobie cudzych rzeczy. Stosunek odrącający może też w innych przypadkach powodować zastraszenie, bezradność dziecka, trudności w jego społecznym przystosowaniu. Dowodem zerwania emocjonalnego kontaktu z rodzicami są ucieczki z domu. Są one również groźne dla dziecka z tego względu, że wyłączone spod opieki i kontroli dostają się najczęściej pod wpływ starszych od siebie i bardziej zdemoralizowanych osobników i znajdują one liczne okazje do dokonywania przestępstw. Niekochane i źle rozumiane przez najbliższych czują się w jakimś stopniu niepotrzebne, łatwo ulegają wpływom ulicy. Dzieci ciągle ganione stają się nerwowe, źle się uczą, a chcąc choć przez chwilę wzbudzić zainteresowanie rodziców swoją osobą, źle się zachowują²².

Drastyczne środki wychowawcze przyczyniają się z jednej strony do kształtowania niepożądanych dyspozycji i cech zachowań, takich jak: agresywność, brutalność, bezwzględność, a z drugiej do uległości, obłudy i braku odwagi. Kary tego typu poniżają godność dziecka, przytępiają jego wrażliwość, tłumią delikatniejsze uczucia. Systematyczne stosowanie takich metod doprowadzić

²² Por. J. A. Pielkova, *Wpływ warunków życia w rodzinie na agresywne zachowanie dzieci*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1997, nr 3.

może do przekreślenia miłości do rodziców, a także wywołać jego gniew, nienawiść, zawziętość, chęć zemsty, żal do każącego, depresje, wstyd i rozpacz. Krzywdzenie emocjonalne dziecka narusza poważnie jego poczucie własnej wartości i godności, łamie prawo dziecka, burzy poczucie bezpieczeństwa i potrzebę kontaktu emocjonalnego. Skrajne formy maltretowania psychicznego doprowadzić mogą nawet u dziecka do stanów depresyjnych i zachowań samobójczych. Życie każdej rodziny zazębia się nierozzerwalnie z życiem społeczeństwa, dlatego też konsekwencje wychowania w rodzinie jednostki nieszczęśliwej, znieważanej poniesie zawsze społeczeństwo. Wszyscy powinni mieć na uwadze słowa znanego psychologa A. M. Masłowa: „Ludzie, którym zapewniono poczucie bezpieczeństwa i uczyniono ich silnymi w najwcześniejszych latach życia, mają tendencje do pozostania takimi w obliczu jakichkolwiek zagrożeń i potem”²³.

Seksualne krzywdzenie dziecka

Na określenie zjawiska seksualnego krzywdzenia dziecka używa się zamiennie terminów: molestowanie, wykorzystywanie, nadużycie, seksualna przemoc. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia przemoc seksualna wobec dziecka to: „nadużycie dziecka do uzyskania przyjemności seksualnej przez osoby dorosłe”. Nie ma zgodnego stanowiska co do rozmiarów tego zjawiska, choć wiadomo, że występuje w każdym społeczeństwie. Rozbieżności danych wynikają z jednej strony ze stosowanych technik badań: inne są informacje pochodzące z analizy raportów policyjnych, akt sądowych, inne z anonimowych sondaży i badań klinicznych. Z drugiej strony spowodowane są przyjmowanymi kryteriami diagnostycznymi. E. Bielawska-Batorowicz i H. Hanks²⁴ przytaczają definicję Schectera i Roberga, którzy określają przemoc seksualną jako: angażowanie dziecka lub nastolatka w aktywność seksualną, której dziecko nie rozumie, na którą nie daje przyzwolenia i która narusza zasady moralne, związane z rolami w rodzinie.

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na wielość form nadużyć seksualnych wobec dzieci. Pojęciem tym obejmuje się zarówno brutalne czyny seksualne (gwałty), jak też przypadki angażowania dzieci w rozmowy o treści seksualnej, ekspozycja anatomii oraz czynności seksualnych, dotykanie intymnych części ciała. Nową, groźną dla rozwoju dziecka formą wykorzystywania seksualnego jest prostytutka dziecięca oraz udział dzieci w filmach pornograficznych.

²³ A. N. Masłow, *Teoria hierarchii potrzeb*, w: *Problemy osobowości i motywacji w psychologii amerykańskiej*, Warszawa, s. 87.

²⁴ E. Bielawska-Batorowicz, H. Hanks, *O formach złego traktowania dzieci*, „Przeгляд Psychologiczny” 1993, nr 3.

Z omawianych przez I. Pospiszyl²⁵ badań przeprowadzonych w różnych krajach wynika, że około jedna trzecia kobiet i co dziesiąty mężczyzna doświadczyli w okresie dzieciństwa jakiejś formy wykorzystywania seksualnego. Kontakty seksualne dzieci z innymi osobami mają najczęściej charakter epizodyczny, szczególnie wówczas, kiedy są inicjowane przez ludzi spoza najbliższej rodziny. Nie zawsze jednak napastnik jest dla dziecka osobą obcą. Czasem są to krewni (wujkowie, ciotki, kuzyni), a nawet rodzeństwo i rodzice. Wśród wyróżnionych form seksualnego krzywdzenia dziecka stosunek płciowy należy do skrajnie brutalnych i urazogennych zachowań. Jednocześnie I. Pospiszyl zwraca uwagę, że z opublikowanych w literaturze badań empirycznych wynika, iż jest to jedna z częstszych form seksualnego wykorzystywania dziecka.

W analizie psychologicznej zjawiska przemocy seksualnej coraz więcej uwagi poświęca się przesledzeniu sekwencji zdarzeń zachodzących w najbliższym otoczeniu dziecka, a wywołanych atakami jego seksualnego krzywdzenia. Jest to szczególnie istotne dla diagnozy, terapii i profilaktyki, daje wgląd w wewnętrzny dramat dziecka, z którym przychodzi się mu zmagać.

W oparciu o bezpośrednie relacje molestowanych dzieci i kobiet A. Widera-Wysoczańska²⁶ zrekonstruowała przebieg zdarzeń towarzyszących seksualnemu krzywdzeniu dziecka w rodzinie. Sekwencje działań dają się uporządkować w kilka faz.

Faza pierwsza to uwodzenie dziecka, zmierzające do jego ubezwłasnowolnienia. Obejmuje czynności wzbudzające zaangażowanie emocjonalne i czyniące dziecko zależnym od osoby starszej. Zniewolenie i uległość dorosły osiąga bądź przemocą fizyczną, bądź też korzystając z metod emocjonalnego uwodzenia. Zachowanie erotyczne może być prezentowane dziecku jako swoista zabawa, gra czy edukacja seksualna.

W fazie drugiej sprawca podejmuje czynności seksualne, przechodząc od dotykania dziecka przez ubranie, pieszczenie jego nagiego ciała, aż do różnych form współżycia seksualnego. Faza trzecia nazywana jest fazą sekretu. Chodzi w niej o utajenie zachowań i czynów. Bardzo ważne dla sprawcy jest utrzymanie w tajemnicy dokonanej przez niego przemocy seksualnej. Całe jego postępowanie zmierza do uczynienia z dziecka milczącego współnika zdarzeń. Osiąga to bądź przez wzbudzenie u dziecka poczucia zagrożenia i lęku związanego z odtajnieniem bądź też przez zapewnienie mu profitów za dokonywanie na nim czynów nierządnych. Nie bez znaczenia dla utajnienia może być fakt wyuczenia się przez dziecko zachowań seksualnych i czerpania z nich przyjemności.

Kolejna faza to ujawnienie aktów przemocy. Większość czynów lubieżnych w okresie ich trwania, a także w okresie późniejszym nie zostaje ujawniona

²⁵ Por. I. Pospiszyl, *Przemoc...*, *op. cit.*

²⁶ A. Widera-Wysoczańska, *Ten straszny bliski*, „Charaktery” 1998, nr 3.

przez ofiary. Część z nich wychodzi na jaw na skutek przypadkowego ich wykrycia przez osoby trzecie lub po wystąpieniu skutków przemocy (na przykład gdy ofiara zajdzie w ciążę). W literaturze zwraca się uwagę na zjawisko kryzysu ujawnienia²⁷, który jest pochodną zburzenia iluzji dobrej i bezpiecznej rodziny. Kryzys ujawnienia łączy się ze zmianą relacji w rodzinie. W tym momencie wkracza bowiem w jej uprzednio zamknięty świat osoba (osoby) z zewnątrz, co powoduje zmiany w dotychczasowych postawach członków wspólnoty. Z doświadczeń klinicznych wynika, że ujawnienie przemocy seksualnej często pociąga za sobą negatywne reakcje otoczenia w stosunku do ofiary: złość do pokrzywdzonego dziecka, brak wiary w jego słowa, dążenie do pomniejszenia cierpienia dziecka, zaprzeczenia wpływowi czynów lubieżnych na jego życie. W tej fazie ujawnia się też tendencja do marginalizowania zjawiska przemocy seksualnej.

Faza kolejna występuje po ujawnieniu seksualnego krzywdzenia dziecka i wymaga zajęcia stanowiska przez członków rodziny wobec zaistniałych zdarzeń. Może to z jednej strony rodzić konflikt lojalności między sprawcą a ofiarą, z drugiej zaś budzić wstyd i lęk przed prawnymi konsekwencjami popełnionych czynów, ale zawsze prowadzi do izolowania rodziny, ujawnia wrogość wobec osób wspierających dziecko i zmierzających do rozwiązania problemu. W skrajnych przypadkach prowadzi też do zaprzeczenia istnienia problemu.

Bardzo znacząca jest wtedy postawa matki. Matki dzieci krzywdzonych seksualnie charakteryzowane są często jako pasywne, zależne, niedojrzałe, zahamowane, niezdolne, a nawet niechętne do ochrony własnych dzieci. Istnieją dowody, że w wielu przypadkach matki wiedzą o krzywdzeniu dzieci, lecz nie reagują na to²⁸. Rodziny, w których dochodzi do seksualnych nadużyć, cechują na ogół słabe więzi emocjonalne między rodzicami a dziećmi i skłonności kobiet do znoszenia w milczeniu doznanych krzywd (tzw. milczące matki). Dobro dziecka, jak również dobro całej rodziny wymaga podjęcia działań w celu wybrnięcia z zaistniałej sytuacji. Od tego, jak szybko, profesjonalnie i skutecznie zostanie udzielona ta pomoc, zależą w dużym stopniu losy ofiary przemocy.

Czas trwania poszczególnych faz jest bardzo różny, zależy od osoby ofiary i napastnika, rodzaju łączącej ich relacji, stopnia pokrewieństwa, środowiska i stosunków panujących w rodzinie. Dość powszechny jest pogląd, że potrzeba około dwóch lat, aby nastąpiło ujawnienie seksualnego krzywdzenia dziecka. Znaczna część tego rodzaju czynów nie zostaje nigdy ujawniona.

²⁷ A. Lipowska-Teutsch, *Rodzina a przemoc*, Warszawa 1995.

²⁸ *Ibidem*, s. 26.

Zaniedbywanie

Zaniedbywanie to ciągłe niezaspokojenie podstawowych potrzeb fizycznych i emocjonalnych dziecka. Do objawów należy: ciągły głód, niedożywienie, niska waga, brudne włosy, brudne i niewłaściwe ubranie, objawy braku opieki medycznej, brak zainteresowania ze strony opiekunów²⁹. Zaniedbywanie jest dość nietypowym zjawiskiem przemocy w rodzinie; o ile w poprzednich formach sprawca zawsze ponosił winę, o tyle w przypadku zaniedbywania dopuszcza się pewien element niewinności sprawcy. Może on być wynikiem wyboru lub braku możliwości. Trudno określić prawdziwe rozmiary zaniedbywania dziecka, jak i jego przyczyny. Do niektórych z nich należą brak czasu, brak kontroli nad dzieckiem, niemożność nawiązania z nim kontaktu.

Istnieje wiele typologii zaniedbywania. Najczęściej wymienia się tu: zaniebdanie fizyczne, zaniedbanie fizyczne lub emocjonalne, edukacyjne, materialne lub wychowawcze³⁰.

Zakończenie

Z przykrością należy stwierdzić, że z roku na rok wzrasta liczba ujawnianych zjawisk związanych z przemocą w rodzinie, i to pomimo iż dane statystyczne dotyczące przemocy domowej są bardzo skąpe. Trudno jest ustalić jej aktualne wskaźniki, gdyż jest to problem w dużej mierze ukryty. Społeczeństwa zaprzeczają jego istnieniu w obawie, że potwierdzenie mogłyby zagrażać spójności rodziny. Statystyki opierają się na zarejestrowanych przypadkach znęcania się pochodzących od policji, z kartotek opieki społecznej i dokumentacji szpitali. Badania własne również stanowią problem. Maltretowane kobiety i dzieci nieraz wolą przemilczeć takie fakty, a kiedy udzielają odpowiedzi, nieprawidłowo oceniających rozmiary przemocy, której ofiarą padły: wyolbrzymiać ją lub, co jest bardziej powszechne, minimalizować. Pomimo tych trudności, świadectwa – w postaci różnych źródeł, np. danych ankietowych – uświadamiają nam, że przemoc domowa stanowi zjawisko powszechne i zwyczajne.

Materiały opisowe i badania wskazują, że agresja wobec członków rodziny dotyczy wszystkich klas i kultur, i nie powstrzymano się od dodania, że również i ras; jest rozpowszechniona na wszystkich poziomach struktury ekonomicznej i społecznej. Przemoc w rodzinie występuje we wszystkich grupach społecznych, niezależnie od poziomu wykształcenia czy sytuacji materialnej.

Zmienia się specyfika zjawiska molestowania seksualnego w małżeństwie oraz seksualnego wykorzystywania dzieci: sprawcami są również wykształceni

²⁹ Por. M. Kolankiewicz, *Zagrożone dzieciństwo*, Warszawa 1998.

³⁰ I. Pospiszyl, *Przemoc...*, *op. cit.*, s. 116.

i dobrze sytuowani mężczyźni, a nie tylko uzależnieni lub pochodzący z marginesu społecznego.

Ofiary naprawdę cierpią, nikt bowiem nie lubi być bitym i poniżanym. To, że ofiary nie odchodzą od sprawcy, wynika zwykle z ich zależności od niego, z trudności mieszkaniowych, z przekonań odnośnie małżeństwa, z nacisków, jakim są poddawane ofiary ze strony sprawcy, a także rodziny, kolegów, sąsiadów.

Skutki przemocy domowej są wyraźnie określone, mimo że uzyskanie rzeczywistych danych o jej rozmiarach okazuje się niemożliwe. Oprócz już wspomnianych obrażeń fizycznych – począwszy od potłuczeń aż do śmierci – maltretowani mają problemy zdrowotne oraz problemy natury psychicznej. Ich poziom lęku, depresji oraz dolegliwości somatycznych jest znacznie wyższy niż u osób nigdy nie maltretowanych. Możliwość wystąpienia agresji jest dla nich ciągłym źródłem zagrożenia i stresu.

W literaturze możemy przeczytać, że wpływ przemocy na dziecko będące jej świadkiem jest tematem wielu dyskusji. Według niektórych autorów, dzieci z domów, gdzie występuje przemoc wobec matki, wykazują znacznie więcej zaburzeń zachowania oraz mniejsze zdolności przystosowawcze niż dzieci z domów, gdzie przemocy nie używa się.

Ofiary przemocy domowej zawsze próbują się bronić, ale ich działania są mało skuteczne. Wypróbowują różne, często nieracjonalne strategie obronne, które w konsekwencji powodują nasilenie przemocy.

Trzeba sobie uświadomić, że przemoc: wykorzystywanie, bicie, krzywdzenie osób bliskich, jest przestępstwem tak samo groźnym i podlegającym karze, jak przemoc wobec obcych. Fakt zawarcia małżeństwa, posiadania potomstwa czy mieszkania pod jednym dachem nie stanowi okoliczności zezwalającej na przemoc ani nie znosi odpowiedzialności za popełnienie czynów karanych przez prawo. Uzależnienie od alkoholu nie zwalnia od odpowiedzialności za czyny dokonywane pod jego wpływem. Alkohol jedynie ułatwia stosowanie przemocy, sprawcy często piją po to, by znęcać się i bić swoich bliskich, a stanem nietrzeźwości próbują usprawiedliwić swoje zachowanie, by uniknąć odpowiedzialności.

W wielu krajach, także i w naszym, zbudowano program działań na rzecz ofiar przemocy domowej. Określono działania i zadania, które mają zapobiegać przemocy wewnątrzrodzinnej i eliminować jej przejawy. Jako instytucje odpowiedzialne za realizację tego programu wskazano ministerstwa spraw wewnętrznych, sprawiedliwości, zdrowia i opieki społecznej, edukacji narodowej, pracy i polityki socjalnej, spraw zagranicznych, Komendę Główną Policji, Krajową Radę Radiofonii i Telewizji, a także organizacje pozarządowe. Czy to wystarczy, aby nastąpiły zmiany?

Polska Deklaracja w Sprawie Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie mówi, że: „Przemoc w rodzinie jest szczególnie drastycznym problemem w naszym kraju. Sprzyja jej bierność obywateli i bezsilność służb publicznych. Dlatego wzywamy parlament, administrację rządową i samorządową, sądownictwo, prokuraturę, media oraz wszystkich obywateli Rzeczypospolitej Polskiej do przeciwdziałania przemocy i postępowania zgodnie z następującymi zasadami etycznymi:

1. Każdy człowiek ma prawo do życia w środowisku rodzinnym wolnym od przemocy, która jest naruszeniem praw i dóbr osobistych.
2. Człowiek doświadczający przemocy nie może być za nią obwiniany.
3. Każdy człowiek doświadczający przemocy ma prawo do pomocy prawnej, socjalnej, psychologicznej i medycznej, bez naruszenia jego godności osobistej.
4. Każdy człowiek ma prawo do wiedzy potrzebnej do radzenia sobie z przemocą.
5. Każdy człowiek ma prawo do przeciwdziałania przemocy w rodzinie.
6. Każdy człowiek ma obowiązek udzielenia pomocy ofiarom przemocy w rodzinie.

Deklarację przyjęto w grudniu 1995 roku na II Ogólnopolskiej Konferencji na temat Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie³¹.

³¹ <http://ww.parpa.pl>.

Anna Wilczek, Magdalena Dykas, Ludwika Pawluk

Ból i cierpienie na polskich stronach internetowych (komunikat)

Wprowadzenie

Przeglądając polskie strony internetowe, szukaliśmy informacji dotyczących bólu i cierpienia u chorych w opiece paliatywnej. Dokonałyśmy przeglądu i wstępnej analizy 14 stron zawierających wspomnianą tematykę. Po wstępnej selekcji wybrałyśmy 5 stron wartych rekomendacji. Informacje o treściach zawartych na wspomnianych witrynach ujęłyśmy w tabeli zbiorczej.

Tabela ta zawiera adres, miejsce, datę założenia i ostatniej konfiguracji, informacje o charakterze danej strony, o adresie zwrotnym, o konieczności logowania się na stronie, o jej dostępności oraz kategorię wiedzy medycznej (diagnostyka, profilaktyka, terapia).

Ponadto ocenialiśmy witryny pod kątem przydatności od strony pielęgnacyjnej, rehabilitacyjnej, społecznej, psychologicznej, teologiczno-duchowej, pomocy socjalnej, prawnej oraz użyteczności dla pacjenta, rodziny chorego, wolontariuszy, profesjonalistów oraz dla podejrzewających u siebie chorobę nowotworową. Ocenialiśmy, czy koncentruje się na bólu czy cierpieniu, czy zawiera linki, porady dla pacjenta oraz czy posiada informacje na temat medycyny niekonwencjonalnej (akupunktura, homeopatia, ziołolecznictwo).

Tak opracowany materiał uzupełniłyśmy komentarzami, zawierającymi cytaty z wybranych stron oraz nasze opinie wyrażane z punktu widzenia pielęgniarek.

Tabela zbiorcza: Ból i cierpienie na polskich stronach internetowych

Adres strony internetowej	Autor strony, miejsce założenia	Data założenia	Charakter strony	Adres zwrotny	Aktualizacja	Ogólnodostępna/logowana
www.opanowacbol.pl	+	Nie znaleziono	Edukacyjno-informacyjny	Nie znaleziono	Nie znaleziono	Ogólnodostępna
www.biologia.pl/artykuly/ uchylone_drzwi_do_niepo- koju.phtml	+	Ne znaleziono	Informacyjny	+	2001	Ogólnodostępna
http://republika.pl/aord/ cierpienie.htm	+	5.05.2002	Informacyjny	+	19.10.2004	Ogólnodostępna
www.hospicja.pl	+	2004	Informacyjno- edukacyjny	+	Zależne od informacji	Ogólnodostępna
www.viamedica.pl	+	Nie znaleziono	Edukacyjny	+	Nie znaleziono	Ogólnodostępna

Adres strony internetowej	Ból/ Cierpie- nie	Odnosniki do innych stron	Porady	medycyna niekonwencjonalna		
				Aku- punktura	Homeo- patia	Ziołolecz- nictwo
www.opanowacbol.pl	+/+	+	+	-	-	-
www.biologia.pl/artykuly/uchlone_drzwi_do_niepokoju.phtml	+/+	+	+*	-	-	+
http://republika.pl/aord/cierpienie.htm	+/-	+	+	-	-	-
www.hospicja.pl	+/+	+	+	-	-	-
www.viamedica.pl	+/+	+	+*	-	-	-

+* – informacje niepełne

Adres strony internetowej	Przydatność dla pacjenta	Przydatność dla rodziny chorego	Przydatność dla		Przydatność dla osób podejrzewających chorobę
			wolontariuszy	profesjonalistów	
www.opanowacbol.pl	+	+	+	+	+
www.biologia.pl/artykuly/uchylone_drzwi_do_niepokoju.phtml	Trudno określić	+	+	-	Trudno określić
http://republika.pl/aord/cierpienie.htm	+	+	+	-	+
www.hospicja.pl	+	+	+	+	Trudno określić
www.viamedica.pl	-	-	+	+	-

Adres strony internetowej	Kategoria wiedzy				
	Diagnostyczna	Profilaktyczna	Terapia	Pielęgnacyjna	Rehabilitacyjna
www.opanowacbol.pl	-	-	+	-	-
www.biologia.pl/artykuly/uchylone_drzwi_do_niepokoju.phtml	-	-	+	-	-
http://republika.pl/aord/cierpienie.htm	-	-	-	-	-
www.hospicja.pl	+	+	+	+	+
www.viamedica.pl	+	-	+	-	-

Adres strony internetowej	Kategoria społeczna	Kategoria psychologiczna	Kategoria teologiczno-duchowa	Pomoc socjalna	Prawo
www.opanowacbol.pl	-	-	-	-	-
www.biologia.pl/artykuly/uchylone_drzwi_do_niepokoju.phtml	-	+	Trudno określić	-	-
http://republika.pl/aord/cierpienie.htm	+	+	Trudno określić	-	-
www.hospicja.pl	-	+	+	+	-
www.viamedica.pl	-	-	-	-	-

Jak wynika z tabeli zbiorczej, na wszystkich stronach podani są autorzy oraz adresy zwrotne, nie ma podanych dat założenia, żadna ze stron nie jest aktualizowana na bieżąco. Większość z nich ma charakter informacyjno-edukacyjny, wszystkie są ogólnodostępne.

Większość zawiera informacje dotyczące bólu i cierpienia, choć w różnym zakresie; wszystkie strony zawierają linki, natomiast porady tylko niektóre, np. wśród stron z zakresu medycyny niekonwencjonalnej tylko jedna strona zawiera wzmianki o ziołolecznictwie.

Nie wszystkie strony są przydatne dla pacjenta oraz dla jego najbliższych; Wymienione strony prawie w całości mogą być przydatne wolontariuszom, a profesjonalistom tylko w celu poszerzenia bądź aktualizacji wiedzy.

Z kategorii medycznej wiedzy najczęściej pojawiają się informacje dotyczące terapii, natomiast w mniejszym stopniu z zakresu diagnostyki i profilaktyki.

Analizując strony pod kątem ich bezpośredniej przydatności, stwierdziłyśmy, że najwięcej informacji dotyczy zagadnień natury psychologicznej, teologiczno-duchowej; niestety mało jest informacji z zakresu kategorii społecznej, pielęgnacyjnej, rehabilitacyjnej oraz pomocy socjalnej. W ogóle nie została ujęta kategoria prawna.

Naszą uwagę zwróciły strony:

<http://www.hospicja.pl>

Zawiera bardzo różnorodne, kompleksowe informacje. Wpisując wyrazy „ból” i „cierpienie” w tamtejszą wyszukiwarkę, ukazują się artykuły medyczne, które zostały opracowane na podstawie książek. Poniżej kilka przypadkowo wybranych tytułów

Żal po stracie dziecka; strata dziecka – co dalej? – tekst opracowano na podstawie książki *Jak przeżyć stratę dziecka. Powrót nadziei* C. M. Sanders; *Pięć faz oplakiwania straty* z tej samej pozycji książkowej; *Pokochaj smoka, czyli o umieraniu dzieci* – fragmenty pochodzą z książki A. Wilowskiego pt. *Weź pokochaj smoka. Rzecz o umieraniu dzieci*; „Przewyciężyć śmierć bliskiego” – na podstawie pierwszego rozdziału książki M. Bonfantini oraz M. Motty pt. *Od poczwarki do motyla. Jak przewyciężyć ból śmierci i żaloby; Żaloba a Twoje reakcje, umysł i ciało* – na podstawie tej samej książki; *Po prostu trwać...* dr R. Antonowicz.

Można także przeczytać opowieść wolontariusza oraz pouczającą rozmowę redaktorki z ks. P. Krakowiakiem pt. *Co książdz wie o cierpieniu...* Porusza on kwestie opieki psychologicznej zarówno dla pacjenta w terminalnym okresie choroby, jak i dla jego rodziny.

Posiada rozbudowaną bazę adresów stron internetowych, przydatnych zarówno dla pacjentów, jak i dla specjalistów oraz kontakty do różnych grup wsparcia. Zawiera tablice ogłoszeń z ofertami osób, które chętnie pomogą w opiece nad osobą przewlekle chorą w domu.

<http://www.opanowacbol.pl>

Strona poświęcona firmie farmaceutycznej i jej ofercie leków, zawiera kilka praktycznych rad dla pacjentów, jak żyć z bólem, w jaki sposób stosować leki. Podzielona jest na część przeznaczoną dla pacjentów i ich rodzin oraz na część dla lekarzy. Nie ma potrzeby logowania się.

www.borgis.pl

W czytelni on-line tego wydawnictwa znajdujemy wiele artykułów dotyczących tematyki bólu i cierpienia, np. artykuły z czasopisma „Nowa Medycyna – Ból i Opieka Paliatywna I”: *Życie przed śmiercią – refleksje po 5 latach pracy w służbie umierającym chorym i ich bliskim* (aut. J. Łuczak); *Cierpienia chorych u kresu życia...* (aut. J. Łuczak, A. Kotlińska-Lemieszek, E. Bączyk); *Standardy postępowania w leczeniu bólów nowotworowych wg WHO*, (aut. A. Kotlińska-Lemieszek, J. Łuczak); *Leczenie bólu u dzieci. Mity i rzeczywistość* (aut. T. Dangel). To tylko niektóre pozycje, a większość z nich jest ogólnodostępna w całości.

Strona ta zawiera linki do innych przydatnych stron. Strona ta zainteresuje na pewno profesjonalistów oraz wolontariuszy, ale zawiera mało praktycznych porad dla pacjentów.

www.biologia.pl/artykuly/uchylone_drzwi_do_niepokoju.phtml

Zawiera m.in. artykuł A. Wyciszak *Uchylone drzwi do niepokoju*, który wyjaśnia istotę opieki paliatywnej oraz bólu i cierpienia. Autorka pisze głównie o bólu fizycznym oraz wyjaśnia pojęcie drabiny analgetycznej. Zauważyliśmy pewien dysonans pomiędzy tym, co autorka pisała o etapach umierania, a tym, co jest w rzeczywistości, gdyż nie każdy pacjent odchodzi z tego świata pogodzony, zdarzają się osoby, które do końca życia nie akceptują swojego stanu zdrowia. Autorka podaje sposoby walki z cierpieniem poprzez muzykę, malarstwo, poezję. Czyni ogólne uwagi na temat cierpienia нефизycznego oraz opieki nad rodziną pacjenta, która nie powinna się kończyć w momencie śmierci bliskiej osoby.

Według autorki, w hospicjum wszyscy uczą się nawzajem jak najlepiej nieść pomoc umierającemu człowiekowi po to, żeby chory nie musiał się bronić przed światem swoją jedyną bronią, jaką jest milczenie. I właśnie o tym milczeniu pisze jedna z pacjentek hospicjum, której fragment wiersza Wyciszak wykorzystana na wstępie artykułu:

„uchylone drzwi
do niepokoju
kolejny biały fartuch
i uśmiech bez pokrycia (...)
Milczenie
To jedyna obrona
Milczeć, milczeć
Do kolejnego spazmu (...).”

Strona godna polecenia wszystkim ludziom niekoniecznie związanym z pracą w hospicjum, gdyż operując prostym językiem autorka przybliży tematykę opieki paliatywnej oraz wyjaśnia podstawowe pojęcia.

Wnioski

- Bardzo niewiele stron internetowych zajmuje się bólem i cierpieniem, brakuje informacji przeznaczonych dla ogółu i profesjonalistów,
- Dominuje forma graficzna nad treścią, zbyt dużo reklam firm farmaceutycznych,
- Dużo artykułów, które są przedrukami z czasopism medycznych,
- Dużo stron o eutanazji; istnieje zjawisko propagowania eutanazji jako dobra, co wynika z tego, iż wiele osób nie zetknęło się z opieką paliatywną w rzeczywistości,
- Na niektórych stronach trzeba szukać informacji „pomiędzy wierszami”, gdyż nie są dopracowane redakcyjnie,
- Brakuje jednej dobrze zorganizowanej strony, która służyłaby praktycznymi poradami, co robić, gdzie się zwrócić o pomoc, kiedy ból staje się nie do zniesienia (brak informacji na temat poradni leczenia bólu),
- Dużo informacji przekazywanych typowo medycznym językiem, dotyczących np. żywienia czy pielęgnacji odleżyn. Mało praktycznych rad dla pacjentów.

Noty o autorach

Marek Banach

Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna
„Ignatianum” w Krakowie

Magdalena Dykas

Instytut Pielęgniarstwa
Wydział Ochrony Zdrowia Collegium Medicum UJ

Jan Iwaszczyszyn

Krakowska Poradnia Opieki Paliatywnej
przy Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Krakowie

Joanna Jagielska

Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna
„Ignatianum” w Krakowie

Anna Kaczmarska-Maderak

Wydział Nauk o Rodzinie
Krakowska Szkoła Wyższa im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Wojciech Kłapa

Zakład Pedagogiki Medycznej Instytutu Pielęgniarstwa
Wydział Ochrony Zdrowia Collegium Medicum UJ

Michał Kosztołowicz

Towarzystwo Naukowe Sandomierskie w Sandomierzu

Andrzej Kukielka

Krakowska Poradnia Opieki Paliatywnej
przy Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Krakowie

Małgorzata Kuleta

Uniwersytet Jagielloński

Grażyna Makiello-Jarża

Wydział Nauk o Rodzinie

Krakowska Szkoła Wyższa im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Dorota Ortenburger

Zakład Psychologii Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Częstochowie

Ludwika Pawluk

Instytut Pielęgniarstwa

Wydział Ochrony Zdrowia Collegium Medicum UJ

Agnieszka Starzykiewicz

Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna

„Ignatianum” w Krakowie

Michał Stolarek

Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna

„Ignatianum” w Krakowie

Marta Szeliga

Instytut Pielęgniarstwa

Wydział Ochrony Zdrowia Collegium Medicum UJ

Małgorzata Szerla

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Kielcach

Iwona Waligóra

Instytut Pielęgniarstwa

Wydział Ochrony Zdrowia Collegium Medicum UJ

Monika Wasilewska

Wydział Nauk o Rodzinie

Krakowska Szkoła Wyższa im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, UJ

Anna Wilczek

Instytut Pielęgniarstwa

Wydział Ochrony Zdrowia Collegium Medicum UJ

Iwona Wilk

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniarstwa
Wydział Ochrony Zdrowia Collegium Medicum UJ

Joanna Wylegała

Instytut Pielęgniarstwa
Wydział Ochrony Zdrowia Collegium Medicum UJ

Anna Wyszynska

em. doc. w Instytucie Psychologii UJ

