

Humanum

Międzynarodowe Studia Społeczno-Humanistyczne

Nr 9(2)/2012

ISSN 1898-8431

[s. 291-297]

Krystyna Teresa Panas

Wyższa Szkoła Menedżerska w Warszawie

Psychologiczne wymiar śmierci i umierania aspekty

The psychological aspects of dying

Keywords: *Death, death, psychological*

Summary

Death is an inherent aspect of human life. We can talk about it in terms of philosophical, cultural, religious, and medical. However, the discourse about death is difficult, carries a subjective view and reference. The vision of dying and death, from a psychological point of view, dictates the conditions that must be complied within order to treat it subjectively, not objectively. In practice, the psychological important it becomes appropriate to prepare to relive the death of their loved ones.

Jaka będzie
owa chwila ostatnia
między opadającą kurtyną
a wyzywającą ciszą widowni?

Zbigniew Herbert (2000)

Człowiek to ciało, krew i tchnienie,
a jednostkowa nieśmiertelność
możliwa jest tylko w pamięci innych

John Bowker (1996)

I

„Umiera człowiek, ale pozostaje po nim słowo, specyficzny dla niego gest, klimat uczuciowy, który wokół siebie roztaczał, a więc jego jakby symbole, które zostały swego czasu rzucone w świat otaczający i w tym świecie się zatrzymały, podczas gdy ciało przestało istnieć” Antoni Kępiński(2002).

Śmierć jest nieodłącznym aspektem życia ludzkiego. Możemy o niej mówić w aspekcie filozoficznym, kulturowym, religijnym, czy medycznym. Jednak dyskurs na temat śmierci jest trudny, niesie ze sobą subiektywne spojrzenie i odniesienia.

Ale jak można mówić o śmierci i umieraniu. Jakie cisną się na usta pytania. W jakim celu pojawia się, po co jest nam potrzebna. Jaki jest jej sens. Pytań tych można mnożyć, a i tak nigdy nie damy i nie dostaniemy właściwych odpowiedzi. Odpowiedzi, które nas zadowolą, z którymi każdy się zgodzi. Język, którym posługujemy się opisując kres życia, porusza się w sferze, której właściwa jest bolesna nieprecyzyjność i omylność. Ważne natomiast jest nie rozprawianie o sensowności czy nie, śmierci, ale jej upodmiotowienie. „Jeśli mówimy, że śmierć zabija i stąd pojawia się ból jaki rodzi, to musimy zrozumieć jakie zachodzą transakcje między śmiercią a umierającym i śmiercią a osobami bliskimi umierającego” [Vovelle, 2004]. Jak pisze Panas [2005: 62] Osoba... „podlega umieraniu, powolnemu dochodzenia do granicy, nie zaś do śmierci, gdyż tej nie sposób wyrazić. Śmierć podmiotu pozbawiona jest niedoli umierania, staje się rozkoszą prowadzącą do ekstazy, jak pisał Barthes. Osoba nic nie może powiedzieć o swojej śmierci, może tylko mówić o umieraniu; podmiot odwrotnie. Dlatego też śmierć da się opisać wyłącznie, gdy dokona się Łotmanowskiego kompromisu z kodem: wszystko co o niej powiemy, będzie funkcją przyjętych konwencji; o umieraniu natomiast można mówić „prawdziwie” i pełnie.

W konsekwencji wtedy gdy „ja” będzie mówić o sobie samym, nigdy nie powie o swojej śmierci, jedynym zaś, czego doświadczymy, będzie docieranie wraz z nim do granicy, za którą jest już tylko cisza, absolutna cisza”.

II

Śmierć i choroby są osią konstrukcyjną wielu arcydzieł powstałych na przestrzeni wieków. Taniec śmierci „Dance macabre” jest figurą niby codzienną, a jednak przez całe

stulecia wzbudza u ludzi ogromny strach. W kręgu zachodniej literatury współczesnej mieści się Czarodziejska góra Tomasza Manna, czy opowiadania Jarosława Iwaszkiewicza. Przypomnieć warto również Inny Świat Gustawa Herlinga Grudzińskiego czy Opowiadania Tadeusza Borowskiego.

W liryce obecność Tanatosa jest jeszcze wyrazistsza. Można mówić wręcz o dominacji tej tematyki w niektórych okresach literackich, na przykład w średniowieczu lub baroku. Przykładem są niewątpliwie Treny Jana Kochanowskiego, a w poezji współczesnej np. twórczość Bolesława Leśmiana [Goworski, 2013] czy Zbigniewa Herberta. Śmierć była również inspiracją (wymienię niektórych) dla malarzy: Hans Memling Sąd Ostateczny; Tycjan Śmierć Akteona, Pieter Bruegel Triumf śmierci; rzeźbiarzy: Michał Anioł Pieta, Grupa Laokona; muzyków: Franz Schubert Śmierć i Dziewczyna; Wolfgang Amadeusz Mozart Requiem, Fryderyk Chopin Marsz żałobny, czy twórczość Krzysztofa Pendereckiego – m.in. Polskie Requiem, Tren – ofiarom Hiroszimy, Lacrimosa.

Twórca psychoanalizy Zygmunt Freud wykorzystał w swojej teorii popęd śmierci Thanatos w opozycji do popędu życia Erosa uważając, że chociaż obydwa są w opozycji, to zarazem uzupełniają się i egzystują w życiu każdego człowieka.

III

Każda choroba i umieranie niesie ze sobą ból i wstyd, agresję i żal, zaprzeczanie czy targowanie się. W czasie choroby, a w szczególności choroby terminalnej, mamy do czynienia z czystym rozgraniczeniem między jej przedmiotowością: choroba i walka z nią, niezbędny sprzęt medyczny, który w magiczny sposób ma odpędzić wroga, szpital i w nim łóżko chorego, a podmiotowością czyli uwzględnieniem emocji, uczuć, postaw, zachowań osoby chorej, umierającej i jej najbliższych. Nie chcę polemizować, które z tych podejść jest trafniejsze. Ja uważam, że i jedno i drugie jest ważne, o ile zachowane są proporcje. W kampanii śmierci, która jest okrutna i nie wszyscy ją akceptujemy, należy jednak zwracać uwagę na człowieka i jego człowieczeństwo. Walkę ze śmiercią zawsze przegrywa człowiek. Co wtedy czuje, o czym myśli, z kim się żegna, kogo przeprasza lub nie, czy jest zadowolony ze swego życia? Jakie jest jego ostatnie spojrzenie na życie, ostatnie pożegnanie z przedmiotami i ludźmi, ostatnie podziękowanie?

Niewątpliwie na pierwszy plan wysuwa się tu smutek i jego percepcja.

Perspektywa i percepcja śmierci jest różna: śmierć na wojnie, śmierć w wypadku, śmierć przedstawiana w dziełach sztuki, śmierć przyjaciół, śmierć bliskich, rodziców, dzieci, rodzeństwa, małżonków. Śmierć przedmiotowa i podmiotowa. Konotacja jej bywa w większości negatywna. Śmierć straszna, bezduszna, niepotrzebna, bezsensowna, ostateczna, nie w tym czasie, za wcześniej, za późno.

IV

Oglądanie i doświadczanie śmierci nie jest łatwe. Nierefleksyjna reakcja człowieka opiera się jedynie na tym co widzi i ujawnia się przede wszystkim w mowie potocznej. Refleksja nad śmiercią dotyczy naszej świadomej postawy. Jak pisze Josef Pieper [1970: 69] „istnieje tutaj możliwość fałszywej, nieadekwatnej odpowiedzi”. Nasze osobowe JA nie może pogodzić się z utratą. Dlatego też z punktu widzenia psychologicznego należy właściwie przygotować człowieka do spotkania z tajemnicą śmierci, towarzyszyć umierającemu.

Kluczowego znaczenia nabierają pytania: Czym jest śmierć w mojej percepcji? Czy istnieje jakaś nadzieja sięgająca poza granice śmierci? Mając pewność konieczności śmierci, jaką postawę wobec niej powinniśmy zajmować? Skąd i co wiemy o śmierci, i w jaki sposób się o niej dowiadujemy Scherer (2008).

Nie będzie tu odpowiedzi na pytania medyczne. Pochylę się natomiast nad stroną psychologiczną.

V

Bardzo ważna w czasie umierania czy śmierci jest postawa personelu medycznego: lekarzy, pielęgniarek, personelu pomocniczego. Ważny dla umierającego i jego rodziny jest szacunek jaki im się okazuje. Wzór osobowy lekarza, lekarza idealnego, lekarza samarytana, takim jak chociażby był Antoni Kępiński. On uczył przez wiele lat podejścia do chorego. Świadczą o tym jego książki, a prof. Maria Orwid w prywatnej rozmowie o Profesorze mówiła, że starał się dostrzec w każdym chorym i umierającym dobro, na każdym kroku okazywał szacunek, uczył się od chorych pokory.

Tak, lekarz ma posiadać delikatność, umiejętność obserwacji, empatii, współ- odczuwania, dar współ-uczestniczenia w najtrudniejszym momencie życia i śmierci.

Krystyna de Walden-Gałuszko (1996) w swojej książce *U kresu* zwraca uwagę na personel średni opiekujący się chorymi terminalnymi. Autorka uważa, powołując się na badania, że młode pielęgniarki z małym doświadczeniem i nieustabilizowanej sytuacji rodzinnej najtrudniej radzą sobie ze stresem. Lepiej adaptują się natomiast starsze, mające duże poczucie bezpieczeństwa w rodzinie i doświadczenie w wykonywanej pracy. Trudności mogą pojawić się także wtedy, gdy personel nie potrafi ustalić granicy między zaangażowaniem emocjonalnym a zachowaniem psychicznego dystansu do umierania i śmierci oraz usilnych żądań bliskich umierającego, aby go ratować. Problemy mogą być związane również ze stosowaniem mechanizmów obronnych (negatywnych) przez personel i postaw negatywnych wobec chorych i ich rodzin. Niezmiernie ważnym problemem jest możliwość pojawienia się wypalenia zawodowego całego personelu. Superwizja i

aktywna profilaktyka, według autorki U kresu, jest propozycją dla budowania postaw pozytywnych i uczenia się uaktywniania pozytywnych mechanizmów obronnych.

VI

Osoba odchodząca potrzebuje ciszy, spokoju, skupienia, odizolowania od innych chorych. Ważnym elementem jest kontekst umierania czyli zapewnienie godnych warunków w jakich człowiek umiera. Egzystencja jego na tym świecie dobiega końca. Sam może boi się rozmawiać z najbliższymi o pogodzeniu się z Bogiem i tu potrzeba wielkiej delikatności i umiejętności rozmowy z nim o spotkaniu z kapłanem. Dla osób wierzących jest to wkroczenie na drogę pojednania ze Stwórcą. Ale jak wielkiej odwagi potrzeba, aby otwarcie rozmawiać o kresie życia, poruszać problemy eschatologiczne, modlić się przy łóżku, mając w świadomości, że otaczają nas inni chorzy, lekarze, pielęgniarki, personel pomocniczy!

W rodzinach chorych pojawiają problemy z komunikacją. Paradoksalnie trudniej rozmawiać, gdy więzi emocjonalne są bardzo silne. Pojawiają się bariery językowe, język symboliczny lub aluzyjny, wzbraniamy się przed otwartym sposobem porozumiewania. Bliscy stosują wiele mechanizmów obronnych, szczególnie zaprzeczania czy racjonalizacji. Człowiek umierający czuje i widzi trudności najbliższych i nie chcąc ich martwić, niepokoić, często może pozostawać osamotniony, zamyka się w sobie i ze sobą. I chociaż każdy z nas sam musi wejść na tę trudną drogę, to obecność, bliskość osób kochanych i kochających jest niezbędna dla obu stron „teatru śmierci”.

VII

Lęk osób towarzyszących umierającemu jest ogromny. Wsparcie psychiczne dla nich jest wtedy nieodzowne. Rodzinę należy przygotować na odejście najbliższej osoby. Rola personelu medycznego jest wówczas nieodzowna. To on wie kiedy zaczyna się agonia, jakie zabiegi – wymuszane przez rodzinę mogą utrudniać umieranie i dlatego nie można w nieskończoność podtrzymywać funkcji życiowych organizmu. Krystyna de Walden-Gałuszko (s.113) podaje, że „trzeba uczyć rodzinę opieki podczas umierania: przekonać o potrzebie spokoju i ciszy, o podawaniu środków przeciwbólowych do końca, o spokojnej obecności przy umierającym (bez narzucania się mu się, przywoływania, płaczu)”. Poczucie bezradności i nieświadomości należy zastąpić dotykiem, który jest najdłużej odbieranym przez człowieka zmysłem.

VIII

Żałoba po śmierci osoby bliskiej, według Elisabeth Kubler-Ross (2007) może przebiegać w następujących po sobie fazach: zaprzeczenie, negacja, izolacja; gniew; targowanie

się / negocjacje; depresja; akceptacja. (Według przytaczanej autorki podobnie ujawniać się może proces adaptacji do choroby).

Obecność zaprzeczenia jako mechanizmu obronnego pozwala na mobilizację innych metod obronnych, które są specyficzne dla każdego człowieka przeżywającego kryzys.

W czasie gniewu pojawiają się reakcje buntu, agresji, emocje skierowane mogą być na przypadkowe osoby, pojawia się postawa roszczeniowa, „dlaczego ja?”, „dlaczego mnie to spotkało”, „dlaczego mnie zostawiłeś, zostawiłaś”.

Etap targowania się, negocjacji dotyczy Boga, najbliższego otoczeniem, czy nawet zmarłego.

Na etapie depresji osoba zaczyna dopuszczać do siebie świadomość śmierci, narastają w niej emocje negatywne. W tym etapie zauważa się dwa typy depresji:

- depresję reaktywną, która dotyczy strat mimowolnych, żal za to co nie zostało zrobione, wypowiedziane, zapomniane, zepchnięte, często- szczególnie w związkach długotrwałych - jest to podsumowanie życia, bilans, który w danej chwili nie wypada korzystnie dla żyjącego. Ten etap łączy się z bardzo żywymi emocjami i ekspresją zewnętrzną;

- depresję przygotowawczą, która dotyczy przyszłości, akceptacji strat przyszłych (tego, czego sam/sama nie zdążyć zrobić, naprawić, przygotować), osoba zaczyna wówczas godzić się z nieuniknioną rzeczywistością. Ten etap jest wyrazem wyciszenia emocji.

Etap pogodzenia charakteryzuje się pojawieniem spokoju, oczekiwania przyszłości, zwróceniem ku otoczeniu, zainteresowaniem rodziną i najbliższymi.

Powyższe fazy pojawiają się i trwają w czasie bardzo subiektywnie. Trzeba więc umieć być z osobami w żałobie. Nie pocieszać, nie tłumaczyć, nie skracać czy wydłużać żałoby, nie pisać scenariuszy na każdy dzień, pozwolić na uzewnętrznienie uczuć, pożegnanie z najbliższym.

IX

Żałoba racjonalna, widziana przez otoczenie i jemu pokazywana ujawnia się poprzez ubiór, okazywanie lub nie żalu, smutku, przyjęte kulturowo słownictwo (wdowa, wdowiec). Percepcja żałoby odbywa się w czasie osobistym i/lub społecznym poprzez rytuały (odwiedzanie grobu, rozmowy z nieżyjącym, pisanie listów), konwenanse, modele kulturowe. Często oczekuje się na przyzwolenie społeczne lub na jego brak w stosunku do zachowania osoby w żałobie. Nie zwracanie uwagi na przyjęte zasady, normy jest często tłumaczone albo zaprzeczaniem bólu psychicznego, albo ignorowaniem przekazów kulturowych.

X

Jak pomagać?

Odpowiedź na to pytanie jest bardzo trudna. Wymaga skonfrontowania, zastanowienia się nad własnymi emocjami i postawami wobec śmierci. Często wiemy teoretycznie co powiedzieć, jak się zachować. W sytuacji bezpośredniego zetknięcia z osobą przeżywającą żalobę brakuje nam odwagi, słów, wiedzy, pojawia się lęk przed naruszeniem granic cierpiącego. Należy więc być uważnym i życzliwym, pozwolić na ujawnienie bólu, lęku i złości; nauczyć się rozmawiać o stracie bliskiej osoby, o śmierci i czasie po śmierci z małymi dziećmi, młodzieżą, dorosłymi, wierzącymi czy niewierzącymi.

BYĆ Z OSOBĄ CIERPIĄCĄ - NA JEJ ZASADACH, TAK JAK ONA CHCE I POTRZEBUJE.

Bibliografia

- [1] Bowker, J., *Sens śmierci*, PIW, Warszawa 1996,
- [2] Herbert, Z., *Ostanie słowa*, „Zeszyty Literackie”, 2000, nr 72
- [3] Goworski, A., *Syndrom zamknięcia – literatura jako forpoczta fizjologii (w): Wynaturzenie. Literatura. Kultura. Język. Translatoryka*, Gdańsk 2013 (publikacja w druku).
- [4] Kępiński, A., *Lęk*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2002
- [5] Kubler-Ross, E., *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Wydawnictwo Media Rodzinie, Poznań 2007
- [6] Panas, P., *Cieniem nakryci po oczy. Śmierć i jej postacie w twórczości Zbigniewa Herberta*, (w): *Czułość dla Minotaura*, Wydawnictwo Archidiecezji Lubelskiej Gaudium, Warszawa –Lublin 2005
- [7] Pieper, J., *Śmierć i nieśmiertelność*, Wydawnictwo Editions du Dialog, Paris 1970
- [8] Scherer, G., *Filozofia śmierci od Anaksymandra do Adorno*, Wydawnictwo WAM 2008
- [9] Vovelle, M., *Śmierć w cywilizacji Zachodu*, Wydawnictwo słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2004,
- [10] De Walden-Gałuszko, K., *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*, Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 1996