

Maria Rogiewicz
Instytut Psychologii w Bydgoszczy
Uniwersytet im. Kazimierza Wielkiego

Praca psychologa z pacjentem w terminalnej fazie choroby¹.

Lata 60 to początki tanatologii. Powstają hospicja, rozwija się ruch opieki paliatywnej i pomocy nieuleczalnie chorym. Definicja opieki paliatywnej WHO z 2002 roku mówi, że jest to podejście (postawa) mająca na celu poprawę jakości życia chorych i ich rodzin, skoncentrowane na problemach związanych z chorobą zagrażającą życiu przez prewencję i łagodzenie cierpienia dzięki wczesnemu rozpoznaniu, ocenie i leczeniu bólu oraz innych problemów fizykalnych, psychosocjalnych i duchowych. (1) Powyższa definicja jest uzupełnieniem proponowanej przez E.A.P.C. w 2000 roku, w której opieka paliatywna to całkowita opieka nad chorymi i ich rodzinami świadczona przez zespół interdyscyplinarny skoncentrowany na jakości życia w okresie kiedy choroba nie poddaje się już leczeniu przyczynowemu a spodziewany okres przeżycia jest względnie krótki. (2) Obydwie definicje uzupełniają się i są w tym artykule podstawą proponowanej pracy psychologa z pacjentem w terminalnej fazie choroby.

Od chwili, gdy pacjent wie, że nie zostanie wyleczony zaczyna przeżywać niepokój, który ma swoją dynamikę. W zależności od tego ile wie, co podejrzewa, reakcje jego przebiegają od kompletnego szoku, tak zwanego „zamrożenia osobowości” i paniki, aż do uczucia głębokiego smutku i bezradności. Potrzebuje czasu na przyjęcie do wiadomości, że pozostało mu - tylko lub aż - leczenie objawowe. B. Siegel (1988) zwraca uwagę, że wielu chorych żyje tak jakby czas terażniejszy nie istniał. „Żyją oni wychyleni w przyszłość wspominając przeszłość” (s. 78). Gubią możliwość życia dniem dzisiejszym.(3)

Przyjęcie do wiadomości tych informacji może przybrać różne formy. Są one uzależnione w tym przypadku od postawy wobec choroby i stylu radzenia sobie w sytuacjach trudnych. W terminalnej fazie choroby postawy mogą się zmieniać pomagając lub utrudniając umieranie. Może to być poczucie ulgi, potwierdzenie wyrażające się w pogodnym spokoju, zgodzie na to, co będzie, na śmierć. Inną formą jest żal, smutek, przygnębienie, że „już nigdy więcej”, „trzeba zostawić wszystko”. Na zewnątrz wyraża się to w depresji, smutku, ale również w

¹ Praca oddana do druku; ukaże się w numerze specjalnym Pedagogia Christiana, Toruń: Wydawnictwo UMK.

poszukiwaniu sensu dalszego życia. W tym momencie chory potrzebuje przestrzeni duchowej. W zachowaniu przejawia się to w jawnych reakcjach takich jak – płacz, wygłaszane skargi, sądy a także w utajonych reakcjach wyrażanych poprzez „mowę ciała”, spowolnienie, zgarbioną sylwetkę. Przygnębienie uznaje się za pozytywne, kiedy pomaga w przystosowaniu do choroby, natomiast za negatywne, gdy pogłębia nieprzystosowanie. Towarzyszy mu wtedy poczucie niskie wartości i/ lub poczucie winy, które może być następstwem myślenia magicznego i przekonania o własnej nieprzydatności. (4) Najtrudniejsza dla chorego i psychologa jest forma odmowy, nie przyjmowania do wiadomości wyrażająca się poprzez agresję, której towarzyszy złość, gniew, oskarżanie, bunt i lęk. Jeżeli psycholog pozwoli „wybrzmieć” agresji pacjenta, to może ona przekształcić się w sprzymierzeńca pełniącego funkcję ochronną, mającą swój sens. Trzeba pamiętać, że agresja jest nieobliczalną energią budzącą lęk, gdy nad nią nie panujemy, a zadaniem psychologa jest tu pomoc w przeobrażeniu tej energii w dobrą siłę. (5) Gniew, jako reakcja na „niesprawiedliwość” choroby jest podobny do agresji. Może to być: gniew „ogólny” (skierowany wobec losu i Boga), gniew „przeniesiony” (skierowany na personel medyczny), gniew „usprawiedliwiony” (zawinili lekarze), gniew ukryty (uogólnione nastawienie negatywne, brak współpracy) i gniew stłumiony (brak zgody na ujawnienie). Podobnie jak agresja, gniew może spełniać pozytywną rolę mobilizując do walki. (4)

W przystosowaniu, przyjęciu do wiadomości, że pozostało leczenie objawowe pomagają choremu mechanizmy obronne. Dają czas na oswojenie się, zaadaptowanie, poprawę stanu emocjonalnego w trudnej sytuacji, jaką jest terminalna faza choroby. Psycholog ma rozpoznać, jakie mechanizmy obronne stosuje pacjent i pomóc, aby spełniały rolę adaptacyjną, a nie dezadaptacyjną. Mechanizmy obronne dzielimy na: represywne i sensorywne. Mechanizmy represywne poprzez selekcję lub zniesienie spostrzegania, albo spostrzeganie niezgodne z rzeczywistością zapobiegają dostrzeganiu niebezpieczeństwa. Zaliczamy do nich: zaprzeczanie, tłumienie, wypieranie, projekcję i racjonalizację. Mechanizmy sensorywne dzięki lepszemu poznaniu choroby, mobilizacji środków do walki, umacnianiu nadziei umożliwiają „zmierzenie się z nią”. Zaliczamy do nich: selektywne przetwarzanie informacji, zachowania magiczne, rozszczepianie obrazu choroby, zabezpieczanie się, ucieczkę w marzenia.(6)

Pacjent znajdujący się w zaawansowanym stadium choroby, próbuje osiągnąć stan równowagi odwołując się do nadziei, która najczęściej jest łączona z wiarą. Religia katolicka nadała jej wysoką rangę, umiejscawiając ją wśród cnót wiary, nadziei, miłości. Nadzieja równoważy lęk, strach, zmęczenie i zwątpienie, a w trakcie chorowania zmienia się od dużej wiary w cud,

oczekiwania ustąpienia dolegliwości, marzenia o zrobieniu kilku kroków, zmianie pozycji z leżącej na siedzącą aż do nadziei na spokojne umieranie i życie wieczne. Jeżeli chory koncentruje się na „tu i teraz” to psycholog może zaproponować podzielenie dnia na takie części, o których wiadomo, że można sobie poradzić zamiast podejmować wysiłek radzenia sobie ze wszystkim na raz. Jeżeli chory nie koncentruje się na „tu i teraz”, to należy go do tego nakłaniać tak, aby nadzieja nie była przytłaczająca. Nadzieja podzielona na realistyczne „nadziejki” może pomóc.(7) Dobrze jest pamiętać, że nadzieja u terminalnie chorych skupia się bardziej na „byciu” niż na „wykonywaniu czegoś”. Psychologowi potrzebna jest też wiedza na temat tego, co powoduje trwanie, a co zmniejszanie się nadziei. Nadzieja to stan oczekiwania od przyszłości czegoś dobrego, mobilizacja do działania, ułatwienie znoszenia trudności. Jeżeli brak jest nadziei, to wkrada się beznadzieja.(6). Mechanizmy obronne i nadzieja podzielona na realistyczne „nadziejki” dają nie tylko możliwość udźwignięcia zaawansowanej choroby, ale są także warunkiem dobrej lub lepszej jakości życia. Jakość życia odwołuje się do subiektywnego poczucia zadowolenia, doświadczanego i/lub wyrażanego przez jednostkę; nawiązuje do wszystkich sfer osobowości (fizycznej, psychologicznej, socjalnej i duchowej) i od każdej z nich jest uzależniona (8). Poczucie lub ocena dobrej jakości życia to brak rozdźwięku między dążeniami a rzeczywistością, między sytuacją upragnioną, idealną a realną. Ocena ta jest subiektywna. Pamiętając o tym, psycholog ma dowiedzieć się, co wpływa na obniżenie jakości życia, a co predysponuje do lepszej jakości życia. Na gorszą jakość życia mogą mieć wpływ: przyczyny osobiste, niska samoocena, poczucie izolacji, niedokończone sprawy osobiste, choroba i narastające przeświadczenie o bliskiej śmierci, przyczyny społeczne, zakłócenia w komunikacji. Do lepszej jakości życia predysponują: emocjonalna stabilność, dojrzała osobowość, wiara pacjenta. Wiedza ta pomoże w zorientowaniu się czy pacjent uważa, się za „skazanego” na lepszą czy gorszą jakość życia.(9)

Zanim psycholog przystąpi do pracy z pacjentem, musi posiadać wiedzę dotyczącą okresu terminalnego. Trudno sprecyzować granice między byciem chorym a umierającym. Umieranie to ostatnia faza choroby, kiedy stan osoby chorej stale się pogarsza i nie ma prawie żadnych szans na poprawę. Jest to terminalny okres choroby. Śmierci można się spodziewać w czasie od kilku dni do kilkunastu miesięcy, jednak przed upływem roku (10) W terminalnej fazie choroby wyróżnia się:

- okres preterminalny,
- terminalny,
- umieranie.

Okres preterminalny jest zaawansowanym stanem, w którym ustała możliwość dalszego przedłużania życia środkami wstrzymującymi rozwój choroby. Stan ogólny pacjenta jest względnie dobry i może trwać kilka miesięcy.

W okresie terminalnym obserwuje się wyraźne nieodwracalne pogorszenie stanu ogólnego, nasilenie dolegliwości fizycznych i ograniczenie sprawności ruchowej. Może to trwać od 4 do 6 tygodni.

Ostatnią fazą choroby jest okres umierania trwający ostatnie kilka dni lub godzin. Postępuje osłabienie fizyczne, chory odmawia przyjmowania pokarmu, zmienia się psychicznie. (6)

Umieranie i śmierć można rozpatrywać w aspekcie medycznym i psychologicznym. Wiedza o obydwu aspektach jest ważna dla psychologa, ponieważ pacjent, z którym pracuje jest człowiekiem, u którego niemożliwe jest wyleczenie. W aspekcie medycznym wyróżnia się następujące etapy umierania: „agonia (osłabienie krążenia i oddychania), śmierć kliniczna (ustanie krążenia i oddychania), śmierć osobnicza (nieodwracalne ustanie czynności mózgu), śmierć biologiczna (całkowite i nieodwracalne ustanie wszystkich czynności życiowych organizmu) (s.45) (11). W aspekcie psychologicznym można wyróżnić modele faz lub stanów psychicznych osoby umierającej. Aby wspierać pacjenta, pomagać potrzebna jest wiedza o jego stanie psychicznym. Najbardziej znany model został stworzony przez E. Kübler - Ross. Wyróżniła ona pięć stadiów borykania się z nieuleczalną chorobą:

- zaprzeczanie i izolację,
- gniew,
- targowanie się,
- depresję,
- pogodzenie został stworzony przez E. Kübler - Ross (!998). (12)

Uzupełnieniem tego modelu mogą być wyróżnione przez J. Makselona (1980) osamotnienie i lęk, nasilenie woli życia, świadomość bliskiej śmierci, motywacja religijna w umieraniu. (13)

Z kolei E. M. Pattison (za A. Ostrowska 1991) wyróżnił ze względu na stopień odczuwanego niepokoju trzy fazy, przez które przechodzi pacjent. Są to:

1. ostra faza kryzysu,
2. przewlekła faza życia-umierania,
3. faza terminalna. (10)

Ostra faza kryzysu pojawia się w momencie przyjęcia przez pacjenta do wiadomości terminalnej diagnozy. Odpowiedzią jest niepokój wyrażający się od panicznego lęku do

bezradności. Aby sobie poradzić pacjent uruchamia mechanizmy obronne, od których efektywności zależy przebieg procesu umierania.

Gdy ostry kryzys minie rozpoczyna się kolejny etap: przewlekła faza życia-umierania. Jest to mieszanina rezygnacji i nadziei. Słabną siły fizyczne, nasilają się dolegliwości, wzrasta uzależnienie od innych, maleją możliwości. Pacjent stara się walczyć, ale walka ta dotyczy sfer psychicznych. Fakt umierania staje się coraz dotkliwszą rzeczywistością. W momencie zaakceptowania go rozpoczyna się trzecia faza.

Faza terminalna to moment, kiedy pacjent zamyka się w sobie, zagłębia, wsłuchuje się w sygnały płynące z wnętrza. Odwraca się psychicznie i fizycznie od świata zewnętrznego w kierunku swego świata wewnętrznego.(10)

Podstawą do zaproponowania skutecznych sposobów i technik pomocy pacjentowi w terminalnej fazie choroby mogą być wyróżnione przez R. Kastenbauma i R. Aisenberga cztery rodzaje reakcji na zbliżającą się śmierć.

1. Przewycięzanie - kiedy psycholog pomaga odwołać się do nieśmiertelności, do życia po „drugiej stronie”. Pacjent odchodzi zwrócony „twarzą” przed siebie. Tym chorym pomaga wiara.
2. Uczestniczenie – gdzie pacjent aktywnie uczestniczy w przygotowywaniu się do śmierci. Koncentruje się na swoim wnętrzu i potrzebach a psycholog w miarę możliwości pomaga w ich realizowaniu.
3. Obawa i lęk przed cierpieniem, bólem, poniżającym procesem umierania, przed ukaraniem i odrzuceniem w „życiu po...”.
4. Żal - traktowany jako naturalne pogodzenie się ze zbliżającą się śmiercią. (14)

Jeżeli psycholog mając na uwadze ten podział uwzględni w uzyskiwaniu informacji sygnały werbalne oraz niewerbalne to jego pomoc będzie skuteczniejsza. O tym, co się z nim dzieje pacjent może mówić wprost, ale może też posługiwać się werbalnym i niewerbalnym językiem symboli. Osoba, która mówi wprost najczęściej nie potrzebuje pomocy natomiast pacjent używający języka symboli sprawdza, testuje psychologa czy jest godny zaufania. Należy więc nauczyć się odczytywania tego języka symboli. (15)

Pacjent może przejawiać wszystkie cztery rodzaje reakcji w różnych okresach procesu umierania. Psycholog ma do spełnienia swoją rolę, jeżeli tylko chory mu na to pozwoli. Dla chorego ważne jest, aby jego reakcje werbalne i niewerbalne zostały rozpoznane i aby psycholog umiał zaproponować skuteczne sposoby radzenia sobie.

Teorie określają fazy, etapy reagowania, borykania się z zaawansowaną, nieuleczalną chorobą, ale psycholog ma do czynienia z konkretnym człowiekiem. Zajmując się kilkoma

osobami, które mają tę samą diagnozę, należy pamiętać, że każda z nich jest inna, jest innym podmiotem. Na tą inność składają się różne elementy, pojawiające się bez względu na fazę, czy też okres choroby terminalnej.

Jak pracować z pacjentem, który reaguje głównie przezwyciężaniem?

Aby lepiej zrozumieć chorego można wykorzystać podejście E. M. Pattisona (za D. Kitrick 1981/2), który określa śmierć jako wydarzenie kryzysowe charakteryzujące się nierozwiązywalnością. W przeszłości pacjent nie przeżywał niczego równie silnego. Występuje zagrożenie celów życiowych. Śmierć jest źródłem wielkich obaw, dochodzą do głosu nierozwiązane problemy z bliskiej i dalekiej przeszłości (14). Słowa umieranie i śmierć są rzadko wymawiane w zamian stosuje się różne eufemizmy takie jak: „odejść”, „zejść z tego świata”, „przekroczyć próg”, „oddać ducha”. Sformułowania te sugerują głębszy sens „odejść gdzie?”, „dokąd?” (16) Dla psychologa istotne jest, jakich pacjent używa sformułowań w trakcie rozmowy o śmierci. Czy mówi „się umiera” czy „ja umieram”. Zbliżająca się śmierć wytrąca z „się”. Pacjent staje z nią oko w oko. Śmierć jest niedookreślona, nie można nad nią zapanować. Chory może unikać śmierci, uciekać od niej. (17) Przytoczę sformułowanie Heideggera za J. Tischnerem (2001), który mówi, że śmierć to „możliwość niemożliwości”. Nie wiadomo, co jest po śmierci, wobec tego jest to tylko „możliwość niemożliwości”, bowiem nie jest wykluczone, że po śmierci ujawnią się jakieś nowe możliwości, stąd „możliwość niemożliwości”. (17)

Krapiec (za A. Bartoszek 2000) opisuje trzy aspekty personalistycznego wymiaru śmierci – wymiar świadomości, akceptacji, ofiarowania. W wymiarze świadomości śmierci człowiek zdaje sobie sprawę z jej nieuchronności w ciągu życia. Życie to bycie – ku – śmierci. Jest to zdawanie sobie sprawy z bezpośredniości śmierci - śmierć się zbliża, umieram. W wymiarze akceptacji – jest to zgoda na własną śmierć, dokonanie wyboru istotnych wartości. W wymiarze ofiarowania siebie w chwili śmierci – mamy do czynienia z wymiarem psychologicznym i religijnym. (16)

Stając w obliczu śmierci pacjent może obawiać się, że nie będzie umiał walczyć. Może bać się czy będzie w stanie się modlić, wytrwać w nadziei i wierze. Przygotowując się do śmierci, spotkania z Bogiem odczuwa potrzebę dokonania bilansu życia.(18). Zdaniem E. M. Pattisona (za D. Kitrick 1981/2) terapeuta może pomóc pacjentowi „podzielić” proces umierania na części takie jak: strach przed nieznanym, przed osamotnieniem, utratą rodziny, przyjaciół, utratą ciała, utratą samokontroli, utratą tożsamości, obawa przed regresją. Chory zdecyduje, jaką częścią, obawą chce się zająć, co jest dla niego najtrudniejsze czy

najważniejsze. Poprzez radzenie sobie z małymi fragmentami a nieprzytłaczającą całością może zachować poczucie własnej godności i szacunku. Możliwe jest stawianie czoła, pokonanie kryzysu umierania, staniecie „twarzą w twarz” ze śmiercią. Przeżycie całego okresu terminalnego do ostatnich dni ze spokojem, opanowaniem i osiągnięcie celu dobrego umierania.

Rozmowa o śmierci może zostać przerwana snuciem przez pacjenta planów na przyszłość trochę tak jakby chciał mieć chwilę wolnego czasu od cierpienia. Istnienie tej sprzeczności jest potrzebne jako forma łagodzenia napięć, pełni ona funkcję przystosowawczą. (19)

Aby reagować przezwyciężaniem potrzebna jest energia. Słabszy pacjent częściej reaguje partycypacją, uczestnictwem.

Pracując z takim pacjentem można jako bazę wykorzystać podejście L. Feigenberga oraz M. Bowersa (za D. Kitrick 1981/2).

L. Feigenberg reprezentuje podejście skoncentrowane na pacjencie. Pracował ze słabymi psychicznie i fizycznie chorymi na choroby nowotworowe, potrzebującymi ochrony. Wobec słabego człowieka psycholog jest albo bardziej aktywny lub bierny. Ważną rolę odgrywa milcząca, życzliwa obecność, w momencie, gdy rozmowa się „nie klei”, należy słuchać, poczekać, co chory ma do powiedzenia, nie przerywać, nie osądzać, nie wybielać. (20) W tej relacji to pacjent dyktuje tempo i kierunek pracy. Psycholog stara się pomóc w odczytywaniu potrzeb, koncentrowaniu się na nich i rozwijaniu. Bywa, że chory dotychczas funkcjonował używając przede wszystkim zwrotów „powinienem”, „muszę” teraz zaczyna się uczyć dawania sobie zgody na „pójście za” wewnętrznym głosem „chcę”, zauważeniem, że teraz jest czas „dla mnie” i „chcę zrobić coś dla siebie” pierwszy raz w życiu. (15) Psycholog pomaga w rozwoju indywidualności chorego poprzez skierowanie jego energii do wewnątrz. Pomaga usłyszeć z własnego wnętrza „podoba mi się to...”, „lubię to...”, „tego nie chcę...”. Istotne jest ośmielenie do wyrażenia potrzeb, które mogą wydawać się banalne, głupie czy wstydlive. Pacjent może potrzebować śmiechu, żartu, zabawy. Ma do tego prawo, a psycholog powinien go wspierać i wzmacniać w realizowaniu potrzeb w taki sposób jak on chce a nie jak chcą inni.

Należy pamiętać, że u chorego w terminalnej fazie choroby następuje odwrócenie proporcji ważności zaspokajania potrzeb. Najważniejsze, tak jak u dzieci, są potrzeby biologiczne, następnie potrzeba poczucia bezpieczeństwa związana z przynależnością do bliskich, potrzeba akceptacji dla siebie samego i sposobu przeżywania choroby, cierpienia. Chory chce być ważny, traktowany z szacunkiem, mieć prawo do podmiotowej godności. Ważne są także potrzeby społeczne i potrzeba miłości, ale ich zaspokajaniem może zająć się po realizacji

wymienionych wcześniej. Realizowanie potrzeb najwyższych takich jak religijne jest związane z rodzajem i głębokością życia religijnego. (4)

Koncentracja na zaspokajaniu potrzeb i rozwoju indywidualności może stwarzać pozory odsuwania zbliżającej się śmierci na bok. Niebezpieczeństwo może pojawić się wówczas, gdy pacjent oczekuje od terapeuty zaprzeczenia zbliżającej się śmierci. Z raportów L. Feigenberga wynika, że tylko niewielki procent pacjentów zaprzecza temu, że umierają.

L. Feigenberg uważa, że oprócz pomocy w odczytywaniu i realizowaniu potrzeb, rozwijaniu indywidualności terapeuta ma pomagać pacjentowi w porzuceniu emocjonalnych więzów. Odchodzenie od najbliższych jest bolesne i chory niejednokrotnie woli o tym rozmawiać z psychologiem. Mniej wówczas cierpi.

Odmienne podejście do pracy z pacjentem uczestniczącym prezentuje M. Bowers traktujący umieranie jako rozwijające doświadczenie wspomagające samoaktualizację. Pacjent jest skoncentrowany na swoim wnętrzu, by rozwijać samoświadomość, nie rozmawia o śmierci tylko milcząco przyjmuje ją do wiadomości. Zna swoje ograniczenia i przyjmuje je w sposób naturalny, umie znaleźć miejsce na życie. Terapeuta jest bardziej aktywny, pomaga w tym jak żyć do końca i proponuje różne formy aktywności. Jest to propozycja dla nieco silniejszego pacjenta. Omijane są negatywne aspekty umierania. M. Bowers bardziej koncentruje swoją propozycję na działaniu natomiast L. Feigenberg na rozwoju psychicznym. Psycholog dokona wyboru, z jakich propozycji skorzystać.

Jak pracować z pacjentem pełnym lęku i obaw?

Lęk to przykry stan pobudzenia emocjonalnego wywołany jakimś zagrożeniem. (21) Jest to emocja, która towarzyszy wielu chorym przez cały czas chorowania. Pacjent nieraz nie mówi o nim bezpośrednio, ponieważ się wstydzi, ale w sposób pośredni, werbalnie zgłaszając skargi somatyczne, ostrożnie pytając, zachowując się pozornie nonszalancko beztrąsko. Niewerbalnie informuje o lęku poprzez przyspieszone tętno i oddech, wzrost ciśnienia krwi, wzmożone napięcie mięśni, trudności w zasypianiu, koszmary senne. (4)

Lęk pojawia się na wszystkich poziomach funkcjonowania człowieka: duchowym, psychicznym i biologicznym. Na poziomie duchowym jest to pytanie o sens dalszego życia, cierpienia. Na poziomie psychicznym przejawia się w poczuciu napięcia, pobudzeniu, stuporze, zagrożeniu, niezdolności do relaksacji, w zaburzeniach koncentracji uwagi. Objawy z poziomu biologicznego to objawy fizjologiczno – somatyczne, zaburzenia hormonalne. (21) Pojawienie się lęku zależy od uprzednio przyjmowanej postawy wobec śmierci, także od stopnia zaangażowania religijnego i od przebiegu choroby. (22)

Psycholog może pomagać w oswojeniu lęku, ale należy pamiętać o rozróżnieniu lęku przed śmiercią i lęku przed umieraniem. Śmierć to sytuacja graniczna, zakończenie życia, tajemnica. Umieranie jest procesem mogącym trwać do kilku miesięcy. Czas różnicuje lęk przed śmiercią i umieraniem. W okresie terminalnym człowiek jest jak to określa Van Gennop (za E. Von Kalckreuth 2004) w stanie przejściowym „autonomii pogranicza”. Tym pograniczem życia i śmierci jest umieranie.(5)

Psycholog może pomagać w „oswojeniu” lęku przed śmiercią. Należy wiedzieć, jakie określenia nie pomagają. Są to tak zwane określenia militarne, takie jak zwalczyć, pokonać, zniszczyć, przechrzyć, uniknąć. Natomiast „oswoić” oznacza: przebywanie, bycie razem, trwanie, przyjęcie odpowiedzialności, zaprzyjaźnianie się, bycie wrażliwym na siebie w sferze duchowej, psychologicznej, biologicznej aż do zaakceptowania. Akceptacja to zrozumienie, że zbliżającej się śmierci nie można wymazać, odsunąć.

Psycholog pracując z przeżywającym lęk pacjentem w terminalnej fazie choroby może zetknąć się z trwogą. Nasila ona lęk, który z kolei nasila trwogę uniemożliwiając funkcjonowanie. Aby funkcjonowanie było możliwe należy odwołać się do wzorców kulturowych pacjenta, które pełnią rolę systemu ochronnego. System ochronny składa się z dwóch komponentów:

1. wiary w słuszność wyznawanego światopoglądu oraz
2. przekonania, że żyje w zgodzie ze standardami i wartościami ustalonymi przez światopogląd. (24)

Istotną częścią światopoglądu jest religia, która pomaga w opanowywaniu trwogi. Większość religii obiecuje wyznawcom przedłużenie egzystencji (życie wieczne, reinkarnację), gdy postępuje się zgodnie z przepisami i przykazaniami. Nie można jednak sprawdzić tych obietnic. Pacjent potrzebuje wsparcia wyznawców tej samej wiary. (24) Z badań J. Makselona (1988) wynika, że w zmniejszeniu lęku odgrywa rolę religijność wewnętrzna, personalna, spełniająca funkcję poznawczą. (21) Pomaga ona osiągnąć równowagę, pozytywnie ustosunkować się do śmierci, daje wsparcie emocjonalne. „Bóg staje się najwyższą wartością, dzięki czemu życie przestaje być wartością absolutną i jedyną” (s.148). (25)

Obok religijności pomagają też rytuały religijne, dzięki którym pacjent może choć częściowo mieć kontrolę, pomoc w zmniejszeniu niepewności, spokojniej patrzeć w przyszłość. Rytuały są jak koło ratunkowe, dzięki któremu można płynąć dalej. To tak jak laska, na której można się opierać, aby iść dalej aż do końca.

Ze strony terapeuty nie można pominąć znaczenia milczenia, siedzenia cichego, lecz nie bezczynnego w oswojaniu lęku. To tak jak matka czuwająca nad snem swego małego dziecka.

„Psychoanalityk W. F. Bion (za M. de Hennezel 1998) używa dla określenia tego typu towarzyszenia, przynoszącego według niego duże efekty kojące, zwłaszcza w stanach lękowych określenia „marzenie matkujące”(s.73). (26)

Pacjent potrzebuje oswojonego lęku, aby utrzymać stan świadomości w czasie twórczego przygotowywania się do śmierci, wolnego od lęku i rozpacz, bo pełnego miłości i troski otoczenia”. (27)

Co psycholog może zrobić, gdy pacjent uważa śmierć za wydarzenie negatywne, obce, przerażające? Przede wszystkim może nie uciekać, być, siedzieć w ciszy, milczeć, pozwalać reagować, nie oceniać. Pacjent niepokodzony, umierający świadomie zwalcza napięcie, uruchamiając mechanizmy obronne, które Verwoerdt (za A. Ostrowska 1991) dzieli na trzy grupy:

1. Odsuwające groźbę śmierci - uruchamiając zachowania regresyjne, to znaczy cofnięcie się do zachowań wcześniejszych, mniej dojrzałych, charakterystycznych dla wieku dziecięcego kojarzącego się z bezpieczeństwem i spokojem. Dzieciństwo to zgoda na zależność, ograniczenia. Otoczenie może być nękane zbyt wieloma prośbami i prawdziwe potrzeby w tej sytuacji mogą nie zostać zrealizowane.
2. Wypierające groźbę śmierci poza świadomość - uruchamiając zaprzeczanie, represję, supresję, racjonalizację, depersonalizację. Pacjent w przeszłości, w obliczu różnych trudności zaprzeczał ich istnieniu i w sytuacji groźby śmierci wraca do tej reakcji. Mimo sprzyjających okoliczności nie zadaje pytań dotyczących swego stanu. „Zapomina” już uzyskane informacje, snuje nierealne plany. Zaprzeczanie może być zachowaniem chroniącym zdrowie psychiczne. Zmniejsza podatność na depresję (zaprzeczanie adaptacyjne), ale może stać się źródłem kłopotów dla pacjenta i innych (zaprzeczanie nieadaptacyjne). Nieraz zaprzeczanie utrzymuje się do samej śmierci. Podobna do zaprzeczania jest represja. Jest to zapominanie o śmierci choć objawy o niej przypominają. Supresja to poszukiwanie aktywności wymagającej koncentracji uwagi, aby nie myśleć o rzeczywistości. Racjonalizacja wspiera i podtrzymuje zaprzeczanie. Depersonalizacja pojawia się gdy pacjent wie, że umiera, ma jednak odczucie, że to sen, że to on obserwuje kogoś innego i ta sytuacja jego nie dotyczy.
3. Podejmujące próbę kontrolowania groźby śmierci - poprzez intelektualizację, przeciwstawianie się, sublimację, mechanizm obsesyjno - kompulsywny. Dzięki intelektualizacji pacjent zdobywa wiedzę o chorobie, obserwuje pojawiające się symptomy, blokuje emocje. Może to prowadzić do zachowań typu „ja wiem lepiej”, „będzie źle”. Przeciwwstawiając się chce udowodnić, że można się zmusić, pokonać

dolegliwości narażając się na pogorszenie stanu zdrowia i ból. Sublimacja to próba wyizolowania lęku, gniewu i skierowanie ich w stronę wzniosłych celów, aktywności. Mechanizm obsesyjno - kompulsywny zapewnia poczucie porządku, bezpieczeństwa i kontroli. Gdy nie można kontrolować choroby, kontrolowane jest na przykład podawanie leków, co pozwala na przekonanie, że nad czymś się panuje.

Wymienione mechanizmy obronne mają walor adaptacyjny. Jeżeli są nieskuteczne mamy do czynienia z zespołem psychoterminalnym, w którym dominuje przygnębienie, ostre stany lękowe, wzmożona drażliwość, uczucie upokorzenia. Pacjent niechętnie wybiega w przyszłość, nie interesuje go też terażniejszość, jest skoncentrowany na przeszłości. (10). Takiemu choremu można zaproponować techniki nastawione na wgląd, szczególnie gdy przeżywa poczucie winy oraz techniki poznawcze, behawioralne, sugestywne i modlitwę. Celem jest dostarczenie ulgi i dawanie wsparcia. Techniki poznawcze mają modyfikować dysfunkcjonalne procesy myślowe, wyobrażenia związane z sytuacją pacjenta. Dzięki stosowaniu technik behawioralnych, można uczyć określonych umiejętności walki, zmagania się. Jest to szczególnie atrakcyjna propozycja dla pacjenta cierpiącego z powodu bólu. Nie przyjmie tej propozycji chory rozpaczający i depresyjny. Psycholog proponuje opanowaniem bólem władanie bólem nie wykluczając przyjmowania leków. Pacjent może skarżyć się, że:

- nie może znieść bólu
- ból doprowadza go do szaleństwa
- ból go zabije
- ten ból to kara za...
- nie może przyjmować leków bo się uzależni
- ból się ciągle zwiększa a nie zmniejsza
- nic go nie cieszy
- cały jestem bólem
- nie może okazywać bólu bo torturuje rodzinę.

W tych skargach jest prawdziwy ból, lęk przed nim, bezradność, doświadczenia walki z bólem w przeszłości. Są to głównie porażki w walce z bólem. Proponowane techniki zmniejszają frustrację pacjenta, jego złość i lęk, prowadząc do bardziej satysfakcjonującego życia, zmniejszenia zależności od systemu opieki, leków przeciwbólowych, zwiększenia aktywności, samodzielności.

Terapeuta omawia z pacjentem wielowymiarowość bólu oraz swoją i pacjenta rolę w ćwiczeniach. Pacjent uczy się powstrzymać błędne koło: niepokój, napięcie, ból i znowu niepokój itd.

Jako uzupełnienie psycholog proponuje techniki sugestywne takie jak relaks, wizualizacja, hipnoza.

Można też proponować modlitwę. Wyniki badań *American Pain Society* (1998) dotyczące metod leczenia bólu pacjentów hospitalizowanych wykazały, że drugą metodą, co do częstości leczenia bólu po środkach doustnych jest własna modlitwa. (28)

Najtrudniej pomagać pacjentowi przeżywającemu żal. Jest to żal związany ze stratami takimi jak: utrata funkcjonowania ciała, utrata niezależności i przyszłości, żal związany z oddalaniem się od bliskich. Terapeuta może jedynie „być”, lub pomagać w znajdowaniu przeciwstawienia dla rozgoryczenia.

Bez względu na to, z jakim pacjentem w fazie terminalnej choroby mamy do czynienia, każdy z nich cierpi. Jak może pomóc psycholog? O czym należy wiedzieć zanim rozpocznie się rozmowę o cierpieniu?

Cierpienie jest przypisane do choroby w fazie terminalnej. Czas pacjenta jest ograniczony chyba, że zdarzy się cud. Rawhanson (za: J. Łuczak, 2003) opracował typologię przyczyn cierpienia, wyróżniając cztery zakresy:

1. cierpienie ciała
2. cierpienie związane z międzyosobowymi związkami
3. cierpienie woli
4. cierpienie spójności, połączenia zgody ze sobą (29).

Dla psychologa wyzwaniem będzie pomoc w zakresie trzecim i czwartym, gdzie mamy do czynienia z cierpieniem duchowym. „Dokument WHO z 1990 roku przymiotnik „duchowy” odnosi do „tych przejawów ludzkiego życia, które wykraczają poza zjawiska zmysłowe i rozumie go szerzej niż określenie „religijny” (s.54). Duchowość pacjenta terminalnego związana jest z sensem i celem życia, przebaczeniem. Dotyczy to poszukiwania znaczenia istoty i sensu życia.. Szczególne miejsce zajmują tu przekonania religijne i system wartości. (16). Przebaczenie odgrywa istotną rolę, szczególnie wobec siebie samego. Pacjent zbliżający się do śmierci nieraz bardzo wyraźnie pamięta, co zrobił źle i boi się czy uzyska przebaczenie. Umierający bez przebaczenia umierają z „otwartą raną”. (30) Cierpienie to można określić jako ból egzystencjalny. Z. Pawlak (2000) w bólu egzystencjalnym wyróżnia:

1. Poczucie osamotnienia – pacjent został „zwolniony z życia”, przynależy do społeczności chorych.
2. Poczucie bezsensu i pustki
3. Poczucie niepokoju (31)

Wśród poszukiwań sensu i celu padają między innymi pytania: „Dlaczego ja?” To pytanie przewija się niejednokrotnie począwszy od diagnozy aż do ostatniego tchnienia, zawierając w sobie zaskoczenie, zdziwienie, zawód i sprzeciw. Inne pytanie pozostające bez odpowiedzi to „Dlaczego muszę umierać?” Chory zadając to pytanie psychologowi informuje o swoim cierpieniu, bólu duchowym, egzystencjalnym, zaprasza do rozmowy. To forma nawiązania kontaktu. W. Stnisen (1998) uważa, że ten, kto zadaje to pytanie „nosi w sobie odpowiedź”.(32) Są też pytania o los i przeznaczenie „Jak mam żyć do końca?”, „Na czym ma polegać sens życia, skoro ma ono nieuchronny kres?”, „Czy warto żyć?” (18)

V. Frankl proponuje zmianę pytania: „Jakie znaczenie ma moje życie?” na: „Co uczynić ze swoim życiem żeby nabrało znaczenia?” (33) Jest to też propozycja dla terapeuty - zawsze jest coś do zrobienia, gdy pacjent tego chce.

Psychologowi pomaga odwoływanie się do mechanizmów obronnych pacjenta, werbalnych i niewerbalnych sygnałów otrzymywanych od niego, poziomu możliwości kierowania życiem, wsłuchiwanie się w siebie. Pamiętając o jego podmiotowości i indywidualności psycholog towarzyszy w przetwarzaniu informacji pacjenta o sobie, innych i świecie. (6)

Ostatnim etapem umierania jest agonia. Pacjent jest jakby we śnie, zmęczony, słaby, dociera do niego niewiele bodźców, traci przytomność. Na ten stan wpływa postępująca choroba, przyjmowanie leków uśmierzających ból. Sam moment śmierci może zostać niezauważony. Zdarza się, że można zaobserwować euforię przedśmiertną charakteryzującą się nagłą poprawą samopoczucia, optymizmu, ożywieniem pozostającym w dysproporcji do obiektywnego stanu. Chory umierający świadomie może mieć tak zwaną świadomość zbliżania się śmierci. Jest to określenie wprowadzone na początku lat dziewięćdziesiątych. Mogą towarzyszyć temu zjawiska utwierdzające go o zbliżającej się śmierci, takie jak na przykład widzenie zmarłych, co działa uspokajająco lub pobudzająco.(34) Przy pacjencie będącym w agonii psycholog może czuwać, to znaczy być, budując więzy przewyciężające samotność. Mówi się, że być przy umierającym, to być gościnnym względem niego „to dać mu miejsce w swoim życiu; dać w swoim sercu duchowe schronienie temu, który ma do przejścia ostatni etap ziemskiej wędrówki”. Chory w agonii ma „wykonać absorbujące psychologiczne zadanie przeżycia żałoby spowodowanej utratą życia”. Uczestniczące słuchanie ze strony terapeuty pomaga wyrazić ból, rozpacz, gniew, samotność(16)

„Śmierć pozostaje wielkim dramatem w ludzkim życiu, to jednak człowiek może nadać jej szczególną wartość osobową, uświadamiając sobie jej nieuchronność, akceptując dobrowolnie jej nadejście oraz ofiarowując w niej siebie Bogu. Niewykluczone, iż sam moment śmierci

będzie tą chwilą, w której dokona się końcowy, ale najbardziej osobowy akt ludzki”(A. Bartoszek s. 162). (38)

Chory zmarł.

Zostali bliscy rodzina, przyjaciele. Rozpoczynają żałobę. Pracując z pacjentem w fazie terminalnej psycholog nie może pominąć bliskich, którzy są w trudnej sytuacji. Obawiają się tego, co może się nagle zdarzyć. Przeżywają złość, depresję, lęki, niepokój, choć w innym wymiarze niż pacjent. Rodzina cierpi z powodu choroby, czekającego ich zasmucenia i żałoby. Wyznacza to ich określone relacje z pacjentem, rodzaj podejmowanych działań oraz treść rozmów. Glasser i Strauss (za A. Ostrowska 1991) wyróżnili cztery modele relacji z otoczeniem, w zależności od kontekstu świadomości śmierci. Pierwszy model to:

1. Zamknięta świadomość - kiedy to pacjent nie zdaje sobie sprawy z tego, że umiera. Rodzina utrzymuje go w nieświadomości sama posiadając informacje. Gdy chory zaczyna podejrzewać, że coś się dzieje, rodzina rozprasza wątpliwości, zmieniając temat rozmowy, nakłaniając do snucia planów. Podtrzymywana jest „zmowa milczenia”.
2. Podejrzewanie to drugi model gdzie pacjent przeczuwa, że jest umierający. Rodzina to gwałtownie neguje a on udaje, że wierzy. Stara się pytać i najczęściej nie wprost członków personelu. W zależności od tego, czy podejrzenia zostaną potwierdzone, czy nie, wraca do modelu zamkniętej świadomości, wzajemnego udawania lub otwartej świadomości.
3. Wzajemne udawanie to model trzeci występujący najczęściej. Pacjent jest świadom swego stanu, rodzina również, ale zaprzecza. Rozmowy dotyczą spraw związanych z terażniejszością w szpitalu – diety, spania, drobnych wydarzeń. Pacjent nie chce smucić rodziny, a rodzina pacjenta. Nieraz obydwie strony mówią, że nie mogą rozmawiać wprost, bo druga strona nie udźwignie porażającej prawdy – umierania, bliskiego rozstania. Rezygnacja z udawania ze strony pacjenta może być spowodowana niemożnością znoszenia dłużej myśli o śmierci w samotności.
4. Otwarta świadomość to ostatni najlepszy dla obydwu stron model. Chory wie, że umiera, rodzina stara się, aby zaakceptował na tyle na ile to możliwe swój stan, uspokaja go, redukuje cierpienie fizyczne. (10)

Znajomość tych modeli może pomóc terapeutę, o ile jest to możliwe w doprowadzeniu pacjenta do otwartej świadomości poprzez: konsultacje, doradztwo, „prowadzenie za rękę”, edukację, prowadzenie grupy wsparcia. Opieka bliskich jest potrzebna choremu jako łączność z życiem by nie było tak, że stanowią ją jedynie przewody, rurki,

monitory. Pacjent potrzebuje „łącności serca”. Jeżeli to się nie uda, należy mówić, że zrobili wszystko najlepiej jak potrafili. Przeszłości się nie cofnie. Teraz przed rodziną jest żałoba.

Pisałam o tym jak psycholog może pomagać pacjentowi w ostatniej drodze. Ale aby pomagać skutecznie, by „być przy” i „być dla” pacjenta należy samemu przygotować się do tych spotkań. Psycholog jest zobowiązany do nieustannego dokształcania się, pracy nad sobą, aby być kompetentnym ciągle od nowa.

Od czego należy zacząć?

1. Przede wszystkim uporządkować własne poglądy na temat życia, umierania i śmierci. Poradzić sobie z faktem własnej śmiertelności. Epikur (za A. Cargnel 2002) mówi, „że nie można rozmyślać o własnej śmierci, bo gdy ona przychodzi, nas już nie ma. Trzeba natomiast zastanawiać się nad śmiercią bliźniego, ponieważ jest to jedyne prawdziwe, realne dostępne nam doświadczenie śmierci, a troska okazywana umieraniu drugiego człowieka objawia, zdradza, wypróbujecie to, co uważamy za ważne w życiu” (s.23). (35) Tą pracę można wykonywać samotnie, z osobą, która jest dla nas autorytetem, z pomocą profesjonalisty uczestnicząc w różnych grupach rozwojowych. Jeżeli tego nie zrobimy, to narażamy się na to, że każdy umierający i umarły będzie wzmacniać naszą podatność na zranienie prowadząc, aż do unikania osobistego kontaktu z pacjentem. E. Kübler - Ross zaleca, aby każdy terapeuta załatwił to, co ma do załatwienia ze sobą, powiedział, co i komu ma do powiedzenia, aby nie gromadzić żalu, negatywizmu. Praca z pacjentem to nie odbywanie pokuty. Dobrze byłoby zadać sobie pytanie o motywy, jakie mną kierują w pracy z terminalnie chorymi.
2. Mając uporządkowane własne sprawy, pracując z pacjentem dochodzi się do własnych ograniczeń. Są one nieodzowne i mogą odegrać pozytywną rolę w życiu pacjenta. Terapeuta nie jest jednak w stanie sprawić, aby pacjent nie odczuwał przykrości. Do ograniczeń należy też czas kontaktu z pacjentem, ponieważ niemożliwe jest planowanie długoterminowych zadań. W relacji z pacjentem terminalnym planować realnie można na tu i teraz.
3. Psycholog potrzebuje do swej pracy zaufania ze strony chorego. Może je uzyskać spełniając dwa warunki – posiadać wiedzę o chorobie w fazie terminalnej z punktu medycznego i psychologicznego oraz umieć poświęcić się problemom i przeżyciom pacjenta, czyli dać swój czas zachowując miejsce dla swojej prywatności. (5) Dając

swój czas dobrze jest pamiętać o tym, że chory terminalnie żyje we własnym wymiarze czasu, który płynie wolniej niż nasz. (18)

4. Ujmując to inaczej, dając swój czas, psycholog towarzyszy pacjentowi. Istotną będzie więc postawa towarzyszenia. Interesująca jest analiza językowa – słowo „towarzyszyć” oznacza „przebywać z kimś gdzieś, być obecnym przy kimś, asystować” (Mały Słownik J. Polskiego) W literaturze etyczno-moralnej słowa „towarzyszenie”, „towarzyszyć” odnoszą się do umierania, śmierci. (16) Postawa towarzyszenia to obecność przy łóżku chorego, traktowanie go jako podmiotu myślącego, zdolnego do decydowania o sobie. G. Hover (za A. Bartoszek 2000) mówi, iż towarzyszenie umierającym stanowi „Hintergrundhilfe” rodzaj „pomocy – w – tle”, „pomocy – w – głębi”. Psycholog ma umieć być blisko „nie tylko łóżka, ale także autentycznych problemów osoby umierającej, tego wszystkiego, co dzieje się w jej wnętrzu” (s.208). (16)
5. Od terapeuty oczekuje się „ważnej obecności” to znaczy mówienia werbalnie i niewerbalnie, czyli całym sobą „jestem przy Tobie”(18). Wymaga to mobilizacji sił psychicznych, fizycznych, czasu, delikatności, cierpliwości.
6. Obok postawy towarzyszenia ważna jest postawa gościnności. Psychologowi będzie łatwiej, gdy będzie gościnny wobec umierającego, to znaczy da mu miejsce w swoim życiu, da duchowe schronienie. Jaka jest geneza językowa tak pojmowanej gościnności? W języku niemieckim „gościnność” – „*gastfreundschaft*” oznacza „przyjaźń gościa”. U Holendrów „*gastvrijheid*” to „wolność gościa”, oferowanie gościnności bez „wiązanania gościa” ze sobą, zapewniając swobodę, nie pozostawiając go samemu sobie. Psycholog ma umieć stworzyć wolną przestrzeń, w której chory będzie się przygotowywał, zmieniał, znajdował drogę. (18). Ze względu na ciężki stan fizyczny i psychiczny pacjenta terapeuta jest bardziej aktywny, a jeśli trzeba pozostaje bierny, milczący.
7. Terapeuta nie udaje, że zna odpowiedź na wszystkie pytania, jest dla chorego dzięki temu wiarygodny. Dotyczy to sytuacji, kiedy pacjent uważa, że życie nie ma sensu i nie chce stawiać mu czoła, jest znużony. Psycholog też czuje się bezsilny. Obaj są na równym poziomie a bezradność, która ich łączy pomaga pacjentowi.
8. Psycholog ma wiedzieć, że reakcje na cierpienie, postępującą chorobę, zbliżającą się śmierć podlegają ewolucjom. Optymizm przeplata się z pesymizmem.
9. Terapeuta ma być gotowy do słuchania, milczenia i ma być zaangażowany. Słuchanie to coś więcej niż technika. „Słuchanie jest wcieleniem miłosiernej miłości Boga, który

nie tylko sędzi, ale też czynnie kocha człowieka takim, jakim on jest”(1999 s.47). (32) W dokumencie Papieskiej Rady napisano, iż „należy słuchać cierpliwie chorego, umieć spostrzec, jaka jest istota jego cierpienia, ponieważ to on jest pierwszym tego sędzią” (2000 s.227). (36). Konieczne jest by psycholog opanował umiejętność empatycznego biernego i aktywnego słuchania. Nie potrafi słuchać, gdy: spieszy się, myśli o sobie, przerywa wypowiedzi chorego, pyta dwa razy o to samo, wcale nie zadaje pytań lub zmienia temat, bo wie, co chory chce powiedzieć, nadmiernie reaguje na niektóre słowa.

10. W czasie rozmowy ma podążać za pacjentem, odpowiadać na wszystkie pytania tak szczerze, jak to jest możliwe, a gdy nie zna odpowiedzi po prostu powiedzieć, że nie wie. Ważne jest mówienie do chorego dobrych słów. Jan Paweł II mówił „Dobre słowo szybko się wymawia a jednak niekiedy trudno nam przychodzi je wypowiedzieć. Nie powstrzymuje go zmęczenie, nie odwodzą od niego zmartwienia, hamuje je uczucie oziębłości (...). Znak zauważenia i grzeczności może być powiewem świeżego powietrza w zamknięciu życia udręczonego przez smutek i przygnębienie”(1989, s. 138). (37)

11. Terapeuta powinien być cierpliwy szczególnie wobec milczących pacjentów. Milczenie może wprowadzić w błąd, sprawić, że zapomnimy o chorym. Po okresie milczenia mogą nastąpić skargi, wymówki związane z cierpieniem, wstrętem do jedzenia. Może pojawić się przygnębienie. Tak jak milczenie, tak i stan przygnębienia może wprowadzić w błąd terapeutę. Nie musi ono oznaczać, że chory pogodził się. Gdy jest odwrotnie, trudność będzie polegała na tym, aby pacjenta doprowadzić do stanu pogodzenia się i chęci życia do końca. Przygnębiony pacjent to umierający, który nas najmniej absorbuje, a bardzo potrzebuje by wyjść mu naprzeciw.

12. Terapeuta ma swoje obawy i symbole dotyczące śmierci a pacjent swoje. Obaj mają do tego prawo.

13. Terapeuta ma nauczyć się odczytywać własną niewerbalność.

Kontrowersyjnym tematem pozostaje dotykanie chorego a psycholog może mieć pewne opory przed taką formą kontaktu dobrze jednak, jeżeli potrafi odpowiedzieć na potrzebę dotyku ze strony pacjenta nie robiąc niczego na siłę.

Praca z pacjentem w stanie terminalnym jest bardzo wyczerpująca. Psycholog tak jak pacjent, rodzina, lekarz, pielęgniarki stosuje mechanizmy obronne, które są sygnałem, że nie potrafi funkcjonować zgodnie z wymaganiami sytuacji, brak mu zachowań przystosowawczych. Najczęściej stosowane mechanizmy to:

1. Unikanie pacjenta, które tłumaczy zapracowaniem
2. Projekcja - „to okropny, złośliwy pacjent, dręczy mnie”
3. Racjonalizacja – wymijające odpowiedzi uzasadniające własne zmieszanie, niepokój
4. Pomniejszanie, bagatelizowanie swego stanu
5. Dystansowanie się – ze strachu przed oskarżeniem, że nie umie pomóc, ze strachu przed spotkaniem z nieznanym (każdy choruje inaczej), ze strachu przed niekontrolowaną reakcją pacjenta, bojąc się własnych emocji. (38)

Psycholog po okresie spotkań z pacjentem, który umarł może przeżywać intensywnie jego śmierć. Może czuć się przygnębiony z trudnością godzić się ze śmiercią. Może pojawić się zespół wypalenia, zespół zmęczenia pomaganiem. Trzeba wówczas zrobić sobie przerwę, aby jak pisze William Cullen Bryant w *Thanatopsis*:

Żyj więc, a gdy cię kiedyś zawołają
Na uczestnika wielkiej karawany,
Dążącej w owe tajemnicze kraje,
Gdzie każdy znajduje swój kącik w zacisznym
Domostwie śmierci – nie idź jak niewolnik,
Co pod biczami wraca do więzienia,
Nie – lecz spokojny i wsparty niezłomną
Potęgą wiary, idź spocząć w mogile,
Jak ten, co w płaszcz się owija wygodnie
I do snu kładzie się upragnionego (39).

Piśmiennictwo:

1. Definicja Opieki paliatywnej WHO 2002.
www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html.
2. Bennet M., Adam J., Alison D., Hicks F., Stockton M.: Leeds eligibility criteria for specialist palliative care services. *Palliative Medicine*. Vol.14 Issue 2, Mar 2000; 157-8.
3. Zaorska B.. *Nadejdzcie ten dzień*. Wydawnictwo Ojców Franciszkanów, Niepokalanów 1992; 78.
4. de Walden – Gałuszko K.. Reakcje psychiczne na sytuację stanu terminalnego. W: *Holistyczna opieka paliatywna w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej*. Materiały wykorzystane podczas kursu w Ośrodku Caritas Diecezji Płockiej w Popowie k. Warszawy. Wydawnictwo Diecezji Tarnowskiej BIBLOS, Tarnów 2003; 231-5.
5. Von Kalckreuth E. *W drodze z umierającymi*. Wydawnictwo WAM, Kraków 2004; 24-213.
6. de Walden – Gałuszko K. *U kresu*. Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 1996; 17-31.
7. Rogiewicz M.. *Nadzieja*. W: Krajnik M., Rogiewicz M. (red.). *Opieka paliatywna*. Wydawnictwo Uczelniane Akad. Med. Im. L. Rydygiera, Bydgoszcz 1998; 146.
8. Twycross R. G., Frampton D. R.. *Opieka paliatywna nad terminalnie chorym*. Wydawnictwo MARGRAFSEN, Bydgoszcz 1996; 124-7.
9. Rogiewicz M.. *Jakość życia*. W: Krajnik M., Rogiewicz M. (red.). *Opieka paliatywna*. Wydawnictwo Uczelniane Akad. Med. Im. L. Rydygiera, Bydgoszcz 1998; 148-9.
10. Ostrowska A.. *Śmierć i umieranie*. Oficyna Wydawnicza almapress, Warszawa 1981; 49-69.
11. Wiśniewska – Roszkowska K.. *Śmierć w aspekcie nauk medycznych*. *Ateneum Kapłańskie* 94 1980 z.3 (428); 360-2.
12. Kübler – Ross E. *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. *Media Rodzina of Poznań*, Poznań 1998; 55-123.
13. Makselon J.. *Psychologia postaw wobec śmierci*. *Ateneum Kapłańskie* 94 1980 z.3 (428) 408-10.
14. Kitrick D.. *Counseling dying clients*. *OMEGA*, Vol. 12 (2),1981/2; 165-185.

15. Kübler - Ross E. Życiodajna śmierć. Księgarnia Św. Wojciecha, Poznań 1996; 14-36.
16. Bartoszek A.. Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Księgarnia Św. Jacka, Katowice 2000; 43-227.
17. Tischner J.. Śmierć i słowo. W: Grajcarek A. (red.) Sztuka rozmowy z chorym. Wydawnictwo ad vocem, Kraków 2001; 17-19.
18. Zając J.. Przed odejściem. Płock 2004;18-40.
19. de Walden – Gałuszko K.. Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1992; 57.
20. Łuczak J.. Czy tylko słowa W: Grajcarek A. (red.). Sztuka rozmowy z chorym. Wydawnictwo ad vocem, Kraków 2001; 101.
21. Makselon J. Lęk wobec śmierci. Polskie Towarzystwo Teologiczne, Kraków 1988; 10-54.
22. Ogryzko - Wiewiórowska M.. Rodzina i śmierć. Wydawnictwo UMCS, Lublin 1994; 42.
23. Drogoś S.. Człowiek w obliczu śmierci. Adam marszałek, Toruń 2002; 10.
24. Sołoma E.. Lęk przed śmiercią, światopogląd a samoocena: omówienie teorii opanowywania trwogi. Przegląd Psychologiczny, tom 38 1995; 191-6.
25. Chlewiński Z. Psychologia religii. Za Widera - Wysoczańska A. Rozmowy o przemijaniu. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2000;148.
26. de Hennezel M. Śmierć z bliska. Wydawnictwo ZNAK, Kraków 1998; 73.
27. Bortnowska H. (red.). Sens choroby, sens śmierci, sens życia. Wydawnictwo ZNAK, Kraków 1980; 283-7.
28. Mc Neil J. A., Sherwood G. D., Strack P. L. I wsp.. Assessing clinical outcomes: patient satisfaction with pain management. J. Pain Symptom Manage 16 1988; 29-40
29. Łuczak J. Cierpienie W: Holistyczna opieka paliatywna w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej. Materiały wykorzystane podczas kursu w Ośrodku Caritas Diecezji Płockiej w Popowie k. Warszawy, Wydawnictwo Diecezji Tarnowskiej BIBLOS, Tarnów 2003; 16.
30. Kessler D. Śmierć jest częścią życia. Świat Książki, Warszawa 1999; 112.
31. Pawlak Z. Opieka duchowa w terminalnej fazie choroby. Nowa Medycyna. Zeszyt 97 2000; 83-4.
32. Stinnisen W. Terapia duchowa. Poznań 1998; 47.
33. Rutledge T. Oswoić strach. Świat Książki, Warszawa 2004; 78.
34. Callanan M., Kelley P. Final gifts. Poseidon Press, New York 1992.
35. Cargnel A.. Trwać przy nieuleczalnie chorym. Wydawnictwo Księży Marianów. Warszawa 2002; 23.

36. Pontificio Consiglion „Cor Unum” Questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti.
Za: Bartoszek A. Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Księgarnia św. Jacka, Katowice 2000; 227.
37. Jan Paweł II. Nauczanie papieskie t. IV, cz. I, Poznań 1989; 138.
38. Lichter I. Communication in cancer care. Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne and New York 1987.
39. Nuland Sherwin B. Jak umieramy. Wydawnictwo PRIMA, Warszawa 1996; 304.

Adres do korespondencji:

Ul. Grunwaldzka 5/ 6

85 – 236 Bydgoszcz

mrogiewicz@wp.pl