

ROZDZIAŁ V

ZDROWIE, BÓL I CHOROBA

Miguel Ángel Monge

Opisywanie życia człowieka za pomocą pary pojęć „zdrowie – choroba” jest czymś naturalnym i powszechnym w historii medycyny. Ostatnimi czasy zmienił się jednak sposób rozumienia obu tych pojęć. „Zdrowie” to nie tylko „niewystępowanie choroby”; obecnie postrzega się je także jako stan „pełnego dobrobytu” i zgodnie z tym znaczeniem wymaga się nawet od instytucji medycznych, aby zapewniły wszystkim (młodemu i staremu, zdrowym i chorym) pewną „jakość życia”, ocenianą według określonych parametrów. Nie zawsze daje się ją osiągnąć; mimo że przedstawia się ją jako wyzwanie stojące przed wszystkimi organizacjami służby zdrowia, często pozostaje ona celem utopijnym. Nie ulega jednak wątpliwości, że przeszliśmy od tzw. „medycyny paternalistycznej” do nowej sytuacji – pozytywnej, ale nie wolnej od pewnych niebezpieczeństw – w której żywo broni się praw chorych¹.

Przeanalizujemy w tym rozdziale różne koncepcje zdrowia (fizycznego i psychicznego) oraz choroby z jej nieodłącznym tłem – bólem i cierpieniem. Rozważymy także zmęczenie i starość, gdyż to z nimi może się szczególnie wiązać zarówno ból, jak i utrata zdrowia.

¹ Tak zwana *Karta chorego w leczeniu szpitalnym*, inicjatywa ostatnich trzech dekad XX wieku, jest pełnym szacunku uznaniem godności i wolności pacjenta, które obejmuje jego prawo do opuszczenia miejsca leczenia nawet bez pozwolenia lekarza (w Polsce zazwyczaj przyjmuje się, że chory może być wypisany ze szpitala na własne żądanie – przyp. red.), prawo do wizyt (przyjmowania ich lub nie), prawo do opieki duszpasterskiej, prawo do nieujawniania pobytu w danym miejscu leczenia i stanu zdrowia, prawo do uzyskania informacji o swojej sytuacji. Owe „karty” w poszczególnych krajach zostały opracowane przez różne organizacje sektora zdrowotnego. Jedną z pierwszych była *Bill of Rights*, opracowana przez American Hospital Association, opublikowana w „The New York Times” 9 stycznia 1973. Potem karty takie powstały w wielu krajach, np.: Włochy – 22 lutego 1974; Zgromadzenie Rady Europy – 29 stycznia 1976.

1. ZDROWIE I CHOROBA

1.1. *Nowoczesne pojęcie zdrowia*

Pojęcie zdrowia² zmieniało się wraz z upływem czasu. Pragniemy w tym miejscu przypomnieć niektóre jego definicje:

1. Definicja „ludowa” ujmuje zdrowie jako obfitość witalności fizycznej, jako brak wszelkiej nieprawidłowości; potocznie mówi się o kimś, że „trycka zdrowiem”.

2. Dla państwowych programów zdrowia, firm ubezpieczeniowych i podobnych instytucji zdrowie to stan zdolności do pracy właściwej dla członka społeczeństwa. Osoba zdrowa to osoba zdolna do pracy, chory natomiast to ten, „kto idzie do lekarza”.

3. Dla lekarzy i reszty personelu służby zdrowia zdrowie jest brakiem ograniczeń i bólów, zarówno organicznych, jak i funkcjonalnych.

4. W ramach panującej obecnie koncepcji biomedycznej rozpowszechniła się idea biologiczno-psychologiczno-społeczna, zaliczająca zdrowie do problemów społecznych i politycznych, których rozwiązanie leży w obrębie aktywnego i solidarnego udziału całej społeczności. Zdrowie nie jest kwestią wyłącznie indywidualną, ale zależy także od struktury społecznej i wymaga np. kompromisów w zakresie zmiany sposobu życia.

5. Obowiązująca definicja zdrowia, przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), uważa zdrowie za „stan całkowitego dobrostanu, fizycznego, psychicznego i społecznego w relacji z otoczeniem, a nie tylko brak bólu czy choroby”.

Definicja ta uwidacznia znaczący postęp w odniesieniu do poprzednich, ponieważ obejmuje wymiar psychiczny oraz bierze pod uwagę charakter społeczny osoby, a z drugiej strony kładzie większy nacisk na promowanie zdrowia niż na leczenie chorób. Ma jednak pewne ograniczenia:

- a) traktuje zdrowie z perspektywy indywidualistycznej i prywatnej
- b) mówiąc o „całkowitym dobrostanie”, stawia nieosiągalny cel i pobudza próżne złudzenia, rozmywa też pojęcie choroby, ponieważ każdy niecałkowity „dobrostan” jest uważany za chorobę. Sformułowana w ten sposób definicja zdrowia – odpowiadająca stylowi życia społeczeństwa dobrobytu – nie przestaje być naiwną utopią życia bez cierpienia, zadowolenia bez bólu, spo-

² Por. D. Gracia Guillen, *Historia del concepto de salud*, „Dolentium Hominum” 1998, vol. 37, s. 22–27.

łączeństwa bez konfliktów. Tak rozumiane doskonałe „zdrowie”, nawet przy ogromnym postępie medycyny, będzie celem niemożliwym do osiągnięcia. Co więcej, lista uznanych praw społecznych z odpowiadającymi im obowiązkami ze strony państwa budzi wśród obywateli wyolbrzymione nadzieje i oczekiwania. Są już autorzy, którzy ostrzegają, że obsesja na punkcie zdrowia i dobrostanu, domaganie się od systemu opieki zdrowotnej rzeczy niemożliwych, takich jak całkowite zlikwidowanie bólu i śmierci, mogą być niebezpieczne.

1.2. *Antropologiczne podstawy zdrowia*

Pojęcie zdrowia lub osoby zdrowej, spójne z podstawami antropologii³, musi brać pod uwagę człowieka jako „wcielonego ducha” lub „uduchowione ciało”, to znaczy wewnętrzną jedność substancjalną aspektu cielesnego i duchowego istoty ludzkiej. Nie można popaść ani w „biologizm” (rodzaj psychobiologii pomijającej duszę), ani w fałszywy spirytualizm, nieuznający wymiaru somatycznego lub pogardzający nim.

Mówiąc o dobrym zdrowiu, mówimy, że „moje ciało” jest w dobrej formie. Mówiąc o chorobie, mówimy, że „moje ciało” nie działa, jak należy. Bardziej precyzyjne byłoby jednak stwierdzenie, że to „ja jestem zdrowy” lub że to „ja jestem chory”, ponieważ zdrowie i choroba to okoliczności dotyczące całej osoby. W tym znaczeniu obecnie przyjmuje się bez zastrzeżeń postulaty tzw. medycyny psychosomatycznej⁴, uznającej wzajemny wpływ i powiązanie pomiędzy sferą somatyczną i psychiczną człowieka. Zresztą wyrażenia z języka potocznego, typu: „ściska mnie za serce”, „mówił ze ściśniętym gardłem”, „uderzyła mu woda sodowa do głowy”, potwierdzają ów ścisły związek.

Rzeczywiście istnieją choroby organiczne, które mają swoje źródło w sferze psychicznej. Zdarza się także, że przebieg choroby zależy w dużej mierze od postawy etyczno-moralnej podmiotu: np. strach może spowodować zaburzenia sercowe, zaś nerwowe życie powoduje czasem chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy i inne dolegliwości.

Obecnie zbyt często przecenia się wartość zdrowia (fizycznego lub psychicznego) w całkowitej pełni. Pod tym kątem prowadzone są liczne badania,

³ Por. C. Viafra, *Las dimensiones antropológicas de la salud*, „Dolentium Hominum” 1998, vol. 37, s. 16 nn.

⁴ Por. A. Fernández Cruz, *Medicina psicósomática*, w: *Gran Enciclopedia Rialp*, t. XV, Rialp, Madrid 1993, s. 455–457.

na które przeznaczają się często wysoki budżet – jak choćby na badania nad nowotworami, chorobą Alzheimera i Parkinsona. Samo funkcjonowanie w społeczeństwie nie sprzyja jednak zdrowemu stylowi życia, niosąc ze sobą poważne zagrożenia dla obywateli. Wystarczy wziąć pod uwagę rozregulowanie ekologiczne, zanieczyszczenie atmosfery, wypadki drogowe, narkomanię. Wiele chorób (kardiopatie, patologie naczyń, marskość wątroby) wynika z niezdrowego stylu życia, charakterystycznego dla współczesnego człowieka.

Wśród czynników, które szkodzą zdrowiu, można wymienić choćby:

- brak dostatecznego odpoczynku
- nerwowy tryb życia, związany z ciągłym przemieszczaniem się, szczególnie w dużych miastach
- przejadanie się (w związku z którym nasuwa się pytanie: człowiek je, aby żyć, czy raczej żyje, aby jeść?)
- ograniczenie wysiłku fizycznego
- brak kontaktu z przyrodą
- alkoholizm, narkomanię.

Można ocenić, w jaki sposób różne czynniki: biologiczne, środowiskowe i te związane z trybem życia, wpływają na zdrowie, choć trudno określić, w jakim stopniu.

Tab. 1. Główne przyczyny śmierci
(według Światowej Organizacji Zdrowia, 1999)

Europa	reszta świata
1. Choroby sercowo-naczyniowe	1. Choroby sercowo-naczyniowe
2. Choroby mózgowo-naczyniowe	2. Choroby mózgowo-naczyniowe
3. Rak płuc, tchawicy	3. Zakażenia układu oddechowego
4. Zakażenia układu oddechowego	4. AIDS
5. Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)	5. POChP
6. Rak odbytnicy i jelita grubego	6. Zaburzenia perystaltyki jelit
7. Rak żołądka	7. Uszkodzenia okołoporodowe
8. Wypadki drogowe	8. Gruźlica
9. Inne wypadki	9. Rak płuc, tchawicy i oskrzeli
	10. Wypadki drogowe

1.3. Choroba, utrata zdrowia

Rozwój pojęcia zdrowia sprawił, że pojawiła się również potrzeba stworzenia adekwatnej do niego definicji choroby.

Przed wszystkim warto podkreślić, że w porządku naturalnym choroba wiąże się z biologiczną naturą człowieka. W okresie przed grzechem pierworodnym nie istniały ani choroba, ani cierpienie (warunki te stanowiły dar Boga, jeden z tzw. darów pozaprzyrodzonych⁵). Choroba i cierpienie pojawiły się wraz z grzechem pierworodnym. Od tego momentu choroba towarzyszy ludzkiej egzystencji zawsze, czasem w sposób dramatyczny, o czym najpełniej informują statystyki.

Kiedy człowiek zaczyna chorować, doświadcza (być może po raz pierwszy) bólu fizycznego – nieprzyjemnego i męczącego, ale także, jeśli tylko umie się go zaakceptować, oczyszczającego. Jednakże bardziej niż ból niepokoi przerwanie codziennych zajęć. Nagłe przejście od stanu zdrowia do stanu choroby może powodować reakcje smutku, rozpacz lub buntu. Może być jednak także pierwszym krokiem w owocnym życiu duchowym.

Podać można dwie definicje choroby. W najbardziej rozpowszechnionym znaczeniu, w ujęciu „klinicznym” – choroba jest to „brak zdrowia”, mający wpływ na integralność lub funkcjonowanie fizyczne i/lub psychiczne osoby.

Choroba „osoby” jest natomiast rozumiana jako niemożność wykorzystywania w danej sytuacji całej energii i wszystkich zdolności normalnie pozostających do jej dyspozycji.

Za chorobę w znaczeniu „klinicznym” zwykle nie ponosi się odpowiedzialności moralnej (może istnieć odpowiedzialność za jej przyczynę, np. narkotyki), ponieważ człowiek jej nie chce, chociaż może pożądać jej przyczyny (jak w przypadku marskości wątroby u alkoholików lub AIDS u narkomanów⁶). W przypadku choroby „osoby” pewną rolę może odgry-

⁵ „Dopóki człowiek pozostawał w zażyłości z Bogiem, nie miał ani umierać (Rdz 2, 17; 3, 19), ani cierpieć (Rdz 3, 16)” (*Katechizm Kościoła Katolickiego*, 376). Teologia wymienia jako dary właściwe dla „sprawiedliwości pierwotnej”: *uwolnienie od pożydlivości, nieśmiertelność* oraz *uwolnienie od bólu i cierpienia*. – por. L. Ott, *Manual de Teología Dogmática*, Herder, Barcelona 1969, s. 176–178; M. Schmaus, *Teologia Dogmática*, t. II, Rialp, Madrid 1966³, s. 376–390.

⁶ Na temat relacji „grzech – choroba” zob. J.L. Soria, *Cuestiones de Medicina Pastoral*, Rialp, Madrid 1973, s. 358; P. Lain Entralgo, *Enfermedad y pecado*, Toray, Barcelona 1961.

wać brak dojrzałości – i zdarza się, że odpowiedzialność ponosi zarówno osoba zainteresowana, jak i ci, którzy ją otaczają⁷.

Bez wątpienia istnieje głęboke powiązanie pomiędzy obiema koncepcjami choroby. Zarówno w chorobie, jak i w zdrowiu człowiek pozostaje niepodzielną całością⁸. Dlatego „Kościół uważa, że sztuka lekarska i różne środki lecznicze dotyczą nie tylko dobra i zdrowia ciała, ale także odnoszą się do osoby jako takiej, która w swym cielesnym doznaje cierpienia”⁹. Choroba i cierpienie nie są doświadczeniem człowieka odnoszącym się tylko do jego kondycji cielesnej, lecz dotyczą całego człowieka w jedności ciała i duszy¹⁰.

1.4. Zdrowie i choroby psychiczne

Chociaż każdy wie, co znaczy być zdrowym psychicznie, to jednak z punktu widzenia naukowego trudno zdefiniować pojęcie zdrowia psychicznego i choroby psychicznej. Określenie „całkowitego dobrostanu” według Światowej Organizacji Zdrowia nie jest łatwo zrozumiałe ani w odniesieniu do zdrowia w ogóle, ani w odniesieniu do zdrowia psychicznego. Wziąwszy pod uwagę poczucie choroby ze strony chorego, wyróżnić można pacjentów, którzy wykazują kliniczne cechy psychopatologii, jednocześnie psychicznie czując się dobrze. I odwrotnie, u hipochondryków poczucie choroby wykracza ponad rzeczywiste symptomy kliniczne.

Można jednakże ustalić pewne kryteria zdrowia psychicznego:

⁷ Por. A. Grun, M. Dufner, *La salud como tarea espiritual. Actitudes para encontrar un nuevo gusto para la vida*, Narcea, Madrid 2000.

⁸ „Istota choroby polega na zaburzeniach somatycznych lub czynnościowych organizmu, ale lekarze stwierdzali, udowadniali i dopiero wtedy uznali to, co było wiadome od niepamiętnych czasów, a mianowicie, że choroba to nie tylko wspomniane zaburzenia, że chorowanie dotyczy całego człowieka (który jest jednością duszy i ciała) z jego przeznaczeniem i biegiem życia, w który wkroczyła choroba; że choroba ma nie tylko przyczynę, ale także sens, znaczenie, własną logikę. Dlatego zaczęto uważać, że nie powinno się mówić o chorobach, ale o chorych”, J.A. Vallejo-Nágera, *Introducción a la Psiquiatría*, Mexico 1977, s. 98.

⁹ Jan Paweł II, *Dolentium hominum* (11 II 1985), 29. Zob. też Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, 53.

¹⁰ Na temat chrześcijańskiego rozumienia choroby zob. G. Bof, *Malattia*, w: *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*, Camillianum, Torino 1997, s. 656–663.

a) „normalność” psychiczna jest czasem określana jako średnia przyjęta w społeczności, wyrażona w zachowaniach psychicznych jednostki. Zasada ta opiera się na średniej statystycznej, która nie jest w pełni miarodajna; np. według tego wyznacznika należałoby uznać tak często występującą próchnicę zębów za oznakę zdrowia

b) zdrowie oznacza brak choroby, a zatem ktoś, u kogo nie zdiagnozowano zaburzeń psychicznych i nie ma dolegliwości psychicznych, może uważać się za umysłowo zdrowego.

Najprawdopodobniej powyższe kryterium jest w praktyce najbardziej trafne, chociaż nie odzwierciedla w pełni definicji WHO. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że zdrowie psychiczne to coś więcej niż brak choroby. Zakłada ono uczucie dobrostanu wraz ze zdolnością używania swoich władz fizycznych, intelektualnych i emocjonalnych.

Dla określenia zdrowia psychicznego zwykło się używać następujących parametrów: brak objawów psychopatologicznych, harmonijna integracja różnych cech osobowości, percepcja rzeczywistości bez zniekształceń, odpowiednia adaptacja osoby do otoczenia oraz różnych okoliczności życia, w tym konfliktowych.

Dla zdefiniowania *choroby psychicznej* natomiast konieczna jest ocena objawów klinicznych, ich rozwoju oraz środowiska społeczno-kulturalnego, w którym osoba przebywa. Ogólnie zwykło się przyjmować, że wszystkie choroby psychiczne mają trzy cechy wspólne: towarzyszą im jakieś zaburzenia somatyczne, wiążą się z ograniczeniem wolności psychicznej oraz ujawniają się poprzez anomalie w życiowym funkcjonowaniu.

Wszystkie choroby psychiczne dzieli się tradycyjnie na trzy kategorie:

1. *Psychozy*. To choroby psychiczne w dosłownym tego słowa znaczeniu, w których występuje przynajmniej przejściowo, całkowita utrata kontaktu z rzeczywistością, zachowania niewytłumaczalne racjonalnie, wykraczające poza normalność. Pochodzenie psychoz może być znane – egzogenne (zatrucie, choroba zakaźna, guzy lub uszkodzenia mózgowe) lub endogenne. Wciąż dyskutuje się na temat etiologii tych chorób, ale są one coraz lepiej znane (schizofrenia, psychoza maniakalno-depresyjna [choroba afektywna dwubiegunowa – według aktualnej klasyfikacji], cyklotymia).

2. *Psychopatie (zaburzenia osobowości – przyp. red.)*. Anormalność w tym przypadku tkwi w samej osobowości chorego, który cierpi z tego powodu i szkodzi otoczeniu. Zdaniem wielu autorów charakterystyczne dla tej grupy zaburzeń psychicznych jest niepoddające się korekcje zachowanie

antyspołeczne (zaburzenia seksualne, megalomanie). Ważnym czynnikiem w ich etiologii jest dziedziczność.

3. *Nerwice*. Ich źródło tkwi w nagromadzeniu osobistych trudnych doświadczeń, najczęściej lękowych. W zachowaniu chorego pojawiają się anomalie, mające mniejsze lub większe odzwierciedlenie w psychice, zwykle interpretowane jako zaburzenia pochodzenia reaktywnego. Chory jest świadomy ich nieproporcjonalności lub swego konfliktowego charakteru. Pochodzenie zaburzeń nerwicowych nie jest do końca znane, w każdym razie nie zachodzi tu charakterystyczna dla psychoz utrata kontroli. Znaczące różnice pomiędzy kilkoma rodzajami nerwic spowodowały, że aktualnie unika się terminu „nerwica”, gdyż okazuje się on mało precyzyjny.

Obecnie obowiązują nowe kryteria klasyfikacji chorób psychicznych (zob. Rozdział XII).

1.5. *Niepełnosprawność fizyczna i psychiczna*

Pogłębiając tematykę choroby, napotykamy terminy „upośledzony”, „niepełnosprawny”, „inwalida” – pojęcia w najwyższym stopniu płynne i nieściśle, które jednak funkcjonują na płaszczyźnie społecznej. Używa się także określeń „nienormalność” lub „kalectwo”.

Ponieważ nie istnieje „inwalidztwo absolutne” (Pius XII powiedział, że nie ma „całościowych inwalidów”, ponieważ zawsze zostaje im dusza i zdolność do pracy), osoby, które nie cieszą się doskonałym stanem zdrowia, nazywa się niepełnosprawnymi. Określenie różnych rodzajów niepełnosprawności jest zadaniem prawa oraz medycyny pracy. Wyróżnia ono niepełnosprawność *czasową* (pozwalającą na powrót do normalnej działalności po zakończeniu odpowiedniego leczenia), niepełnosprawność *częściową lub całkowitą* do wykonywania swojego zawodu oraz niepełnosprawność *absolutną* do wykonywania jakiegokolwiek zawodu. Socjologowie wyróżniają także niepełnosprawność fizyczną, umysłową lub społeczną.

Chrześcijaństwo bardzo wcześnie zaczęło chronić ludzi niepełnosprawnych. „Dzieła dobroczynne” zawsze zajmowały w Kościele katolickim pierwszoplanowe miejsce. Świadczą o tym różne instytucje, które powstawały w ciągu wieków (szpitale, sierocińce, przytułki). W XIX i XX wieku papieskie encykliki społeczne (od *Rerum novarum* Leona XIII do *Laborem exercens* Jana Pawła II) podkreślają obowiązek zajmowania się biednymi, samotnymi, niepełnosprawnymi, żyjącymi na marginesie społeczeństwa, którzy posiadają zawsze tę samą ludzką godność. Z czasem systemy ubez-

pieczeniowe i socjalne przejęły częściowo to zadanie¹¹. Obecnie uczestniczymy w procesie, który ma na celu – w miarę możliwości – integrację tych osób w świecie ludzi zdrowych.

2. BÓL I CIERPIENIE

Choć zwykło się używać tych dwóch terminów zamiennie, nie są to synonimy.

Ból odnosi się do sfery somatycznej, fizjologicznej (został zdefiniowany jako „nieprzyjemne odczucie spowodowane działaniem bodźców o szkodliwym charakterze”). Nad takim bólem medycyna w znaczącej mierze panuje¹², chociaż nie zawsze może mu zaradzić.

Cierpienie ma charakter w większym stopniu psychiczny, wiąże się bardziej z osobą i zależy też od innych czynników (osobowość, postawy życiowe, siła duchowa); dotyczy nie tylko chorego, ale i jego otoczenia. „Cierpienie jest czymś bardziej jeszcze podstawowym od choroby, bardziej wielorakim, a zarazem głębiej jeszcze osadzonym w całym człowieczeństwie. Jakiś pogląd na tę sprawę daje nam rozróżnienie pomiędzy cierpieniem fizycznym a cierpieniem moralnym. Rozróżnienie to przyjmuje za podstawę dwoisty wymiar ludzkiego bytu, wskazuje na pierwiastek cielesny i duchowy jako bliższy, czy też bezpośredni podmiot cierpienia. O ile można do pewnego stopnia używać zamiennie wyrazów «cierpienie» i «ból» – to cierpienie fizyczne zachodzi wówczas, gdy w jakikolwiek sposób «boli ciało», cierpienie moralne natomiast jest «bólom duszy». Chodzi zaś o ból natury duchowej, a nie tylko o «psychiczny» wymiar bólu, który towarzyszy cierpieniu zarówno moralnemu, jak i fizycznemu”¹³.

Często jednak używa się obu terminów zamiennie, chociaż w nieco innym znaczeniu. Zrozumiałe jest, że stwierdzenia: „bardzo mnie boli” i „bardzo cierpię” nie oznaczają tego samego.

¹¹ Do zadań opieki społecznej należy dbanie, aby osoby o zmniejszonej zdolności do pracy mogły otrzymać środki na opiekę i leczenie, a także staranie o kształcenie, readaptację i reedukację zawodową tych osób. (Hiszpania, Rozporządzenie Ministra Pracy, 24 XI 1971).

¹² Na temat leczenia bólu zob. J. Flórez, *Una hermosa historia sobre el dolor*, „Labor Hospitalaria” 1991, nr 222, s. 273–283.

¹³ Jan Paweł II, List Apostolski *Salvifici doloris* (11 II 1984), 5.

2.1. Temat bólu w historii

Przypomnijmy w streszczonej formie różne interpretacje tego zjawiska:

a) w kulturach starożytnych, w których często miesza się sfery *profanum* i *sacrum*, choroba i ból są interpretowane w sensie „duchowym”, jako coś mającego związek z bóstwem – stąd częste rozumienie choroby jako kary, a bólu jako konsekwencji grzechu

b) pierwsi lekarze – jak Hipokrates – zaczynają traktować chorobę nie jako zjawisko „nadprzyrodzone”, lecz jako coś fizycznego, to znaczy naturalnego; idea ta rozpowszechnia się od XVII wieku, kiedy tłumaczy się chorobę jako coś właściwego dla natury, ponieważ jedne istoty żywe dążą do życia kosztem innych, pomimo to wizja choroby jako kary jest w naszym społeczeństwie nadal bardzo żywa¹⁴

c) w społeczeństwie zsekularyzowanym ból jest postrzegany jako coś radykalnie negatywnego, dlatego trzeba z nim walczyć wszelkimi środkami; to zadanie medycyny – jeśli choroba jest czymś naturalnym, będzie można nad nią zapanować

¹⁴ W religii katolickiej bardzo łatwo jest obalić twierdzenie, że choroba to kara. Nauka Jezusa Chrystusa jest jasna. Kiedy na widok niewidomego – jak określają faryzeusze, „urodzonego w grzechach” (zob. J 9, 34) – uczniowie Jezusa, którzy też mieli taką mentalność, pytają: „Rabbi, kto zgrzeszył, że się urodził niewidomy – on czy jego rodzice?”, Jezus odpowiada: „Ani on nie zgrzeszył, ani rodzice jego, ale [stało się tak], aby się na nim objawiły sprawy Boże” (J 9, 3). Przy innej okazji, po rzezi Poncjusza Piłata, w której zginęło wielu Galilejczyków, Jezus powiedział: „Czyż myślicie, że ci Galilejczycy byli większymi grzesznikami niż inni mieszkańcy Galilei, że to ucierpieli? Bynajmniej, powiadam wam; lecz jeśli się nie nawrócicie, wszyscy podobnie zginiecie” (Łk 13, 2–4). Zresztą samo doświadczenie ciągle to potwierdza. Czy cierpią tylko ludzie źli? Czy złoczyńcy są karani chorobami, a sprawiedliwi otrzymują tylko błogosławieństwa od Boga? Zdaje się, że raczej jest odwrotnie, jeśli przyjmujemy stanowisko Psalmisty, który stawia pytanie, dlaczego cierpi sprawiedliwi: „Zazdrościłem bowiem niegodziwym, widząc pomyślność grzeszników. Bo dla nich nie ma żadnych cierpień, ich ciało jest zdrowe, tłuste. Nie doznają ludzkich utrapień ani z [innymi] ludźmi nie cierpią...” (Psalm 73[72]).

Jezus nie daje wyjaśnień, ale „wzruszony tyłu cierpieniami, (...) nie tylko pozwala dotykać się chorym, lecz także bierze na siebie ich nędzę: «On wziął na siebie nasze słabości i nosił nasze choroby» (Mt 8, 17). Nie uleczył wszystkich chorych. (...) Na krzyżu Chrystus wziął na siebie cały ciężar zła i zgładził «grzech świata» (J 1, 29), którego skutkiem jest właśnie choroba” (*Katechizm Kościoła Katolickiego*, 1505). Co więcej, jasno mówił o potrzebie wzięcia na siebie krzyża (bólu, choroby), aby móc być Jego uczniem. Szerzej opisano ten problem w książce *El sentido del sufrimiento* (Palabra, Madrid 1998).

d) w kulturze chrześcijańskiej rozumie się ból w innym wymiarze, choć tu również jest on uważany za zło samo w sobie; ból przyczynia się do ukształtowania dojrzałości osoby, jest próbą i okazją do spotkania z Bogiem; może być zbawienny.

Rozwiniemy krótko powyższe aspekty.

2.1.1. *Pedagogiczny sens bólu i choroby*

Katechizm uczy, że „choroba może prowadzić do niepokoju, do zamknięcia się w sobie, czasem nawet do rozpacz i buntu przeciw Bogu, ale może także być drogą do większej dojrzałości, może pomóc lepiej rozeznac w swoim życiu to, co nieistotne, aby zwrócić się ku temu, co istotne”¹⁵.

Ból może rzeczywiście pomóc cierpiącej osobie osiągnąć większą dojrzałość. Pewna osoba wyleczona z raka powiedziała: „Ta choroba mnie wzbogaciła”. Jak mówi Victor Frankl: „Człowiek, który nie przeszedł przez przeciwności, w rzeczywistości nie zna siebie dobrze”. Psychiatra ten przeszedłszy przez hitlerowski obóz koncentracyjny¹⁶, doszedł do wniosku, że ból może mieć sens aż do ostatniej chwili. „Nie można zapominać o kreatywności, o miłości, o bogactwie kończącego się życia. O ile w życiu stawia się znak równości pomiędzy sukcesem, pieniędzmi, pomyślnością, w świecie bólu nie chodzi o sukcesy czy niepowodzenia. Porządek wartości się zmienia i trzeba wówczas dotknąć zasadniczego sensu ludzkiego życia. Uzdalnia nas to do stawienia czoła cierpieniu i śmierci”¹⁷.

Podobnego stwierdzenia używa C.S. Lewis, gdy mówi, że ból jest głosem, którego używa Bóg, aby obudzić ogluchły świat¹⁸. Wielki francuski myśliciel G. Thibon konkluduje: „Kiedy człowiek jest chory, o ile nie buntuje się w sposób zasadniczy, zaczyna sobie zdawać sprawę, że kiedy był zdrowy, zaniedbał wiele rzeczy istotnych, że stawiał rzeczy drugorzędne przed istotnymi”¹⁹.

¹⁵ *Katechizm Kościoła Katolickiego*, 1501.

¹⁶ Por. V. Frankl, *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, Czarna Owca, Warszawa 2009.

¹⁷ Por. I. Delisle-Lapierre, *Vivir el morir*, Ediciones Paulinas, Madrid 1986, s. 46.

¹⁸ Por. C.S. Lewis, *Problem cierpienia*, Katowice 1996, s. 85.

¹⁹ Wywiad w: „Palabra”, Madryt 1970, s. 99–104.

2.1.2. *Ból jako próba i okazja spotkania z Bogiem*

Chociaż ból może spowodować zamknięcie się osoby, doświadczenie pokazuje, że w ubóstwie, w samotności, w cierpieniu, serce łatwiej otwiera się na Boga. Jak powiada święty Augustyn: „Bóg chce nam coś dać, ale nie może, ponieważ nasze ręce są pełne – nie ma więc gdzie tego złożyć”²⁰. Nic zatem dziwnego, że to w najcięższych momentach człowiek odkrywa rękę Boga. Niesamowita jest pod tym względem autobiograficzna relacja Aleksandra Solżenicyna. Opisuje w niej autor proces wewnętrznego dojrzewania, którego doświadczył, przebywając w sowieckim obozie koncentracyjnym²¹.

Oto świadectwo wielkiego lekarza, doktora Ortiza de Landázuri²², który w ciągu 50 lat zajmował się tysiącami chorych: „Choroba zawsze uczy nas bardzo dużo. Sądzę, że jeśli komuś życie mija szybko, bez żadnej choroby, to niewątpliwie Bóg da mu inne możliwości, jednak jest jasne, że jedną z dróg, aby lepiej zrozumieć Boga, jest choroba. To droga, która prowadzi nas do Boga. Czy zatem osoby zmarłe w wypadku nie mogły zbliżyć się do Boga? Jestem pewien, że w tym przypadku istnieją inne możliwości. Jednakże nie ulega wątpliwości, że choroba jest jedną z najważniejszych dróg, aby przygotować się na to spotkanie... i na koniec jest się za nią wdzięcznym”²³.

2.1.3. *Ból zbawienny*

Ból, który zawsze pozostaje tajemnicą²⁴, można zrozumieć jedynie w świetle Chrystusa, jak mówi Konstytucja *Gaudium et spes*: „W świetle

²⁰ Por. C.S. Lewis, *Problem cierpienia*, dz.cyt., s. 88.

²¹ „Dopiero w archipelagu Gułag, w zgniliźnie więzienia, poczułem w moim wnętrzu pierwsze poruszenia dobra. Stopniowo docierało do mnie, że linia dzieląca dobro od zła biegnie nie przez państwa ani klasy społeczne, ani przez partie polityczne, ale właśnie przez serce człowieka i przez wszystkie serca ludzi (...). Wracam zatem *do lat mojego więzienia i czasem ku zdziwieniu tych, którzy są obok, mówię: bądź błogosławione, więzienie!*” (M. Muggeridge, *Conversión, un viaje espiritual*, Madrid 1992, s. 104.

²² Sługa Boży Eduardo Ortiz de Landázuri (1910–1985), hiszpański lekarz i wykładowca (przyp. red.).

²³ E. Ortiz de Landázuri, *Nuestro Tiempo*, Pamplona 1989, s. 27.

²⁴ Opowiada się o pierwszym mnichu pustynnym, opacie Antonim (251–356), że „badając głębokości wyroków Bożych, prosił, mówiąc: «Panie, dlaczego jedni umierają po krótkim życiu, a inni dochodzą do skrajnej starości? Dlaczego jedni są biedni, a inni bogaci? Dlaczego niesprawiedliwi się bogacą, a sprawiedliwi są w potrzebie?» Wówczas przyszedł

więc Chrystusa, Obrazu Boga niewidzialnego, Pierworodnego wszystkiego stworzenia, Sobór pragnie przemówić do wszystkich, aby wyjaśnić tajemnicę człowieka²⁵. Ten sam tekst soborowy zauważa: „Przy braku fundamentu Bożego i nadziei życia wiecznego godność człowieka, jak to dziś często widać, doznaje bardzo poważnego uszczerbku, a zagadki życia i śmierci, winy i cierpienia pozostają bez rozwiązania, tak że ludzie nierzadko popadają w rozpacz²⁶. Jan Paweł II zaś naucza: „Cierpienie jest zarazem rzeczywistością tajemniczą i zaskakującą. Jednak my, chrześcijanie wpatrzeni w Jezusa ukrzyżowanego, znajdujemy siłę, aby tę tajemnicę zaakceptować. Chrześcijanin wie, że po grzechu pierworodnym historii człowieka towarzyszy pewne ryzyko. Ale wie także, że sam Bóg zechciał wejść w jego ból, doświadczyć trwogi, przejść przez rozdarcie ducha i agonię ciała. Wiara w Chrystusa nie usuwa cierpienia, ale je oświeca, podnosi, oczyszcza, sublimuje, czyni wartościowym dla wieczności²⁷. W Liście *Salvifici doloris* poświęconym szczególnie temu tematowi, Papież podkreśla, że tajemnica bólu rozjaśnia się w świetle wiary, ponieważ w oczach Boga ból znajduje wyjaśnienie: „Aby móc poznać prawdziwą odpowiedź na pytanie «czemu służy cierpienie», musimy skierować nasze spojrzenie na objawienie Bożej miłości, ostatecznego źródła sensu wszystkiego, co istnieje. Miłość jest też najpełniejszym źródłem sensu cierpienia, które pozostaje zawsze tajemnicą²⁸.

2.2. Ludzki sens bólu

Od osób, które mają do czynienia z chorymi, często można usłyszeć, że mając wiarę, łatwiej jest zrozumieć ból lub przynajmniej go zaakceptować. Kiedy natomiast brakuje sensu transcendentnego, pojawia się pytanie: „Po co cierpieć?” Wyżej przypomniano niektóre sposoby rozumienia bólu w różnych okresach historycznych. Warto wspomnieć również o istnieniu huma-

do niego głos, który mu odpowiedział: «Antoni, zajmij się sobą, takie są sądy Boże i nic ci z tego nie przyjdzie, żeby je poznać»” (zob. *Padres del desierto. Los dichos de los Padres*, Sevilla 1991, s. 15).

²⁵ Sobór Watykański II, Konstytucja *Gaudium et spes*, 10.

²⁶ Sobór Watykański II, Konstytucja *Gaudium et spes*, 21.

²⁷ Przemówienie z 24 III 1979. Na temat zbawienego znaczenia cierpienia zob. Przesłanie na VIII Światowy Dzień Chorego (2000).

²⁸ Jan Paweł II, List Apostolski *Salvifici doloris*, 13.

nistycznego sensu bólu, który usiłuje wykazać psychologia i pedagogika. Oto zwykle prezentowane wyjaśnienia:

1. Ból ma sens u kogoś, kto się rozwija. Psycholodzy i pedagodzy uczą, że nie można wychowywać bezboleśnie: nie należy dawać dzieciom wszystkiego, o co proszą (trzeba je czasem zostawić w łóżeczku, kiedy płaczą, nie dawać im wszystkiego, na co mają ochotę). Kontrolowane cierpienie jest dobre dla rozwoju ludzkiej osobowości.

2. Cierpienie ma sens dla dorosłych, którzy chcą być twórcami własnego życia, ponieważ:

a) cierpienie uwzniośla życie ludzkie, budzi w człowieku prawdziwego ducha (na przykładzie Sołżenicyna wspominaliśmy już o humanizującej wartości cierpienia)

b) cierpienie pozostawia człowieka samego ze sobą i pomaga mu się zatrzymać, ochłonać, spojrzeć inaczej, oderwać się od „świata przedmiotów”; „ból obnaża istotę rzeczy”²⁹

c) cierpienie, które prowadzi do poznania sensu własnej egzystencji, powinno zawsze wzmacniać osobowość; niektórzy filozofowie mówią, że człowiek jest istotą niedokończoną i dzięki cierpieniu może osiągnąć dopełnienie swojej osobowości

d) ułatwia człowiekowi odkrycie jego ludzkiej kondycji, jego radykalnego braku samowystarczalności

e) cierpienie jest próbą dla człowieka; pomaga przezwyciężyć własne ograniczenia wobec trudności

f) może wzmocnić, ukształtować osobę i w tym znaczeniu jest pomocą w nabyciu cnót

g) porusza człowieka, przypominając mu, że doczesność nie jest jego przeznaczeniem; pomaga wyjść poza siebie; ma zdolność uobecniania nadziei

h) jednoczy osoby: ten, kto cierpiał, dużo lepiej rozumie innych.

Bardzo ciekawe spostrzeżenia podaje Viktor Frankl³⁰. Dzięki cierpieniu urzeczywistniają się wartości, które według niego stoją powyżej wartości twórczych (praca) oraz wartości egzystencjalnych (miłość). Frankl rozróżnia:

²⁹ E.S. Ginzburg, *El Cielo de Siberia*, Argos Vergara, Barcelona 1980, s. 108.

³⁰ Zob. *Ante el vacío existencial*, Barcelona 1980.

- a) *homo faber*: człowiek, który realizuje sens życia poprzez tworzenie
- b) *homo amans*: który znajduje sens życia poprzez miłość
- c) *homo patiens*: człowiek, który cierpi i w ten sposób wyświadcza „przysługę”, przynosząc „efekty” swoimi cierpieniami.

Inaczej mówiąc, *homo faber* jest zwycięzcą i żyje w kategoriach triumfu i porażki, szukając zawsze sukcesu. Dla *homo patiens* zmieniają się one w spełnienie i beznadzieję, dotyczące jednak innego wymiaru. *Homo patiens* może się zrealizować nawet w porażce. Doświadczenie uczy, że mogą wystąpić razem zarówno spełnienie-porażka jak i sukces-beznadziejca, chociaż w oczach *homo faber* triumf *homo patiens* będzie wyglądał jak niedorzeczność i skandal (to szaleństwo Krzyża, o którym mówi święty Paweł z Tarsu).

3. ZMĘCZENIE

Przewlekłe zmęczenie często jest bolesne i nierzadko powoduje depresję oraz choroby neurologiczne, wymagające interwencji lekarza. Dlatego zajmujemy się nim w rozdziale poświęconym bólowi i cierpieniu.

Niejednokrotnie zdarza się, że człowiek czuje się wyczerpany nie tyle z powodu zmęczenia fizycznego, które zwykle ma mały wpływ na samopoczucie, lecz z powodu wyczerpania bardziej subtelnego, gorzej rozróżnianego, tzw. przemęczenia psychicznego, które może doprowadzić w bardziej ekstremalnych przypadkach do rzeczywistego wycieńczenia nerwowego, zwanego „syndromem chronicznego zmęczenia”. Nie chodzi zatem o „utrącenie sił spowodowaną pracą”, o zmęczenie mięśni o charakterze fizycznym, które jest wynikiem wykonywania jakiejś mniej lub bardziej intensywnej i trwającej jakiś czas pracy. Z takiego stanu łatwo wyjść poprzez zwykły odpoczynek (sen, sport, rozrywka). Chodzi o stan, który powstał jako skutek nagromadzenia przez dłuższy czas różnych czynników: braku zwykłego odpoczynku, zderzenia z trudnościami w otoczeniu, ciężaru z pozoru takich samych dni, rzeczywistych bądź pozornych niepowodzeń w życiu rodzinnym lub zawodowym, braku sensu w życiu oraz życia bez zmysłu nadprzyrodzonego, świadomości końca życia ziemskiego z właściwą jej niepewnością i ryzykiem, konieczności ciągłego podejmowania decyzji, nie tylko życiowych (wybór studiów, stanu), ale także wszystkich innych, może mniej ważnych, pojawiających się w życiu codziennym.

3.1. Przyczyny

Jako bezpośrednie przyczyny tej sytuacji można wymienić czynniki ogólne i czynniki indywidualne.

Czynniki ogólne o charakterze zbiorowym to m.in. przyspieszone tempo życia, spowodowane koniecznością intensywnej pracy, aby zapewnić akceptowalny poziom dochodów, odwrócenie rytmu dnia i nocy jako konsekwencja funkcjonowania w określonych układach społecznych, nadmiar bodźców akustycznych i świetlnych, które obciążają człowieka również psychicznie. W tym kontekście papież Jan Paweł II zauważa, że „także w naszej epoce praca pozostaje dla wielu ludzi bardzo uciążliwą powinnością, zarówno ze względu na nieludzkie warunki i czas samej pracy, zwłaszcza w uboższych regionach świata, jak i na utrzymywanie się – także w społeczeństwach wyżej rozwiniętych gospodarczo – zbyt wielu form niesprawiedliwości i wyzysku człowieka przez człowieka”³¹.

Na czynniki indywidualne składają się m.in.: brak ugruntowania i skupienia w pracy, konflikty rodzinne lub zawodowe, przedłużająca się bezsenność, wewnętrzny pośpiech, który może wywołać wyczerpujące napięcie psychiczne itd.

Obserwując statystyki medyczne, można stwierdzić, że obecność tych czynników jest znacznie wyższa niż przed laty. Oczywiście częstsze są depresje (por. Rozdział XII 2) i stres (por. Rozdział XIII 8). Wielokrotnie towarzyszy im zmęczenie, z którym niekiedy łatwo są mylone.

Stan przewlekłego zmęczenia może być niekiedy objawem jakiegoś rodzaju depresji, a nawet psychopatii (por. Rozdział XIII 2). Zmęczenie jest naturalne dla kondycji ludzkiej, wraz z chorobą i bólem ciągle towarzyszy człowiekowi podczas jego życia na ziemi. Jest to odzwierciedlenie słów Boga: „W pocie więc oblicza twego będziesz musiał zdobywać pożywienie” (Rdz 3, 19).

Pismo Święte daje przykłady ludzi zmęczonych. Księga Królewska (1 Krl 19, 3–8) opisuje, jak prorok Eliasz ścigany przez królową Izebel „powstał i ratując się ucieczką, przyszedł do Beer-Szeby w Judzie i tam zostawił swego sługę, a sam na odległość jednego dnia drogi poszedł na pustynię. Przyszedłszy, usiadł pod jednym z jałowców i pragnąc umrzeć, rzekł: Wielki już czas, o Jahwe! Odbierz mi życie, bo nie jestem lepszy od moich przodków!”.

³¹ Jan Paweł II, List Apostolski *Dies Domini* (31 V 1998), 66.

Eliasz poza zmęczeniem fizycznym – całym dniem drogi i głodem – czuje niepowodzenie misji, którą Bóg mu powierzył. To zniechęcenie wiedzie go do pragnienia śmierci. Pojawia się pokusa powiedzenia „Dosyć!”, kiedy własne zajęcie męczy, wydaje się nudne lub nieskuteczne, kiedy ciało zdaje się opadać na ziemię. Bóg nie wysłucha prośby proroka; przez anioła karmi go i ogłasza mu: „Wstań, jedz, bo przed tobą długa droga”. Wtedy Eliasz, dobrze nakarmiony i wyspany, szedł przez czterdzieści dni aż do góry Horeb, aby zakończyć daną mu przez Boga misję.

W zmęczeniu nie ma nic patologicznego. Nawet święci nie byli wolni od zmęczenia. Ciekawe jest świadectwo św. Teresy od Jezusa, duszy doświadczonej, która – jak sama twierdziła – miała hart ducha większy niż normalnie u kobiety, a która mimo wszystko, zapewne na skutek wielu chorób, doświadczała wyczerpania fizycznego w najwyższym stopniu: „Przychodzą na mnie chwile – choć nieczęsto, a trwa to jakie trzy, cztery do pięciu dni – że wszystkie te rzeczy dobre, zapawy i widzenia, jakby mię opuszczają i tracę o nich pamięć tak, że nawet gdy chcę coś przypomnieć, nie widzę, co kiedyś było we mnie dobrego. Wszystko to wydaje mi się jakby sen, albo przynajmniej nic sobie wyraźnego przypomnieć nie mogę. Przy tym i cierpienia fizyczne męki mi zadają. Wszystko mi się miesza w głowie, na żadną myśl o Bogu zdobyć się nie mogę, ani nie wiem, po co żyję. Choć czytam, nic nie rozumiem; wydaje mi się, że jestem pełna grzechów, bez żadnej chęci i odwagi do cnoty. Wielkie męstwo, jakie zwykle czuję w sobie, tak gdzieś zanika, że najmniejszej pokusy czy szemrania ze strony świata nie zdołałabym, zdaje mi się, znieść i zwyciężyć. Przychodzą mi wtedy myśli takie, że jestem do niczego; czemu więc wdaję się w rzeczy wyższe nad miarę pospolitą? Ogarnia mię smutek, zdaje mi się, że oszukuję wszystkich, którzy mają o mnie dobre mniemanie. Chciałabym wówczas ukryć się gdzieś tak głęboko, by nikt mnie nie widział i pragnę samotności, nie dla wyższego postępu w cnotcie, jeno przez małoduszność. Gotowa bym, zdaje mi się, sprzeczać się z każdym, kto mi się sprzeciwi”³².

³² Św. Teresa od Jezusa, *Sprawozdania duchowe* (1560), 22, w: *Dzieła*, t. III, tłum. ks. bp H.P. Kossowski, Wydawnictwa OO. Karmelitów Bosych, Kraków 1995³, s. 14–15. W innym miejscu mówi Święta: „O Panie, wybaw mnie z cienia tej śmierci, wybaw mnie z tyłu utrapień i z tyłu boleści, i z tyłu ciągłych odmian, i z tyłu służebności i względów ludzkich, którym póki żyjemy, z konieczności podlegamy, i z tyłu, tyłu, tyłu nędz, które mnie trapią i dręczą, a których tak długi jest szereg, że gdybym je chciała wymienić wszystkie, samo ich odczytanie byłoby umęczeniem dla czytającego. I nie dość jeszcze tego nieznośnego ciężaru,

Widać więc, że wielkie dusze również znają zmęczenie i doświadczają go. To owoc wytężonej pracy albo czasem choroby, która towarzyszy ludzkiemu życiu, nie licząc się nawet z pragnieniem świętości. Ciekawe jest także świadectwo świętego Josemaríi Escrivy, odnoszące się do epizodu związanego ze zmęczeniem, kiedy był młodym kapłanem: „Poszedłem do domu mojej matki i spędziłem cały dzień w łóżku, nie rozmawiając z nikim i chwilowo mi się trochę polepszyło. To wyczerpanie fizyczne: w ciągu ostatnich ośmiu miesięcy wygłosiłem ponad trzysta czterdzieści nauk, medytacji i pogadanek Świętego Rafała, każda co najmniej po pół godziny. Ponadto kierownictwo Dzieła, kierownictwo dusz, wizyty itd. W ten sposób zrozumiałe jest, że zdarzają się trudne momenty, gdy wszystko mnie męczy, nawet to, co najbardziej kocham. Diabeł sprawił, że równocześnie na to załamanie fizjologiczne nałożyło się jeszcze tysiąc drobiazgów”³³. Co więcej, nierzadko intensywna praca idzie w parze z jakąś chorobą, co jeszcze pogarsza sytuację.

3.2. Objawy

Wśród objawów o charakterze somatycznym lub psychicznym syndromu chronicznego zmęczenia można wymienić m.in.:

- a) wzrost wrażliwości na czynniki zewnętrzne: gorąco, zimno, hałasy, przenikliwe zapachy itp.
- b) ból głowy, trudności z koordynacją mięśni
- c) występowanie *idées fixes*, myśli pesymistycznych, prawie obsesyjnych, odnoszących się do siebie samego lub do innych („nie doceniają mnie”, „nie rozumieją mnie”, „nie zwracają na mnie uwagi”)
- d) beżsenność, sen lekki i powierzchowny
- e) wyostrozony krytycyzm
- f) przewlekły, niewytłumaczalny smutek oraz zły humor: wszystko rani i denerwuje, drażni nawet radość innej osoby
- g) sarkazm i zgryźliwość; osoby najbliższe wydają się obce, dalekie, obojętne; nawet ich towarzystwo staje się nie do zniesienia

jakim jest samo życie; potrzeba mi jeszcze nosić to drugie, cięższe brzemie, że żyłam tak niecnotliwie i że jeszcze teraz życie moje nie jest takie, jakie być powinno, kiedy tyle jestem winna Panu, a tak mało Mu oddaje” (*Droga do doskonałości*, rękopis z Eskurialu, odpowiadający rozdz. 42, 2 w późniejszej redakcji, w: Święta Teresa od Jezusa, *Dzieła*, t. II, dz.cyt., s. 213.

³³ A. Vázquez de Prada, *Założyciel Opus Dei*, t. I, Wydawnictwo M, Kraków 2002, s. 644.

h) poszukiwanie samotności, skłonność do egocentryzmu lub płaczu
 i) trudności z koncentracją, brak zainteresowania rzeczami, które zawsze pociągały, ucieczka od rzeczywistości.

Można zauważyć, że niektóre z powyższych opisów, mniej lub bardziej znamienne dla choroby, są właściwsze dla depresji (zaburzenie nastroju, w którym pojawia się smutek, zamknięcie w sobie, a nawet lęk). Skoncentrujemy się na tym w Rozdziale XII.

3.3. Środki zaradcze: niezbędny odpoczynek

Sposoby na łagodzenie zmęczenia opierają się na uznaniu ograniczeń ludzkiej natury. Na pierwszym miejscu potrzeba pokory, aby przyznać, że potrzebuje się odpoczynku. Niech posłużą tu słowa Soboru Watykańskiego II: „Pracownicy winni mieć możliwość rozwijania swych zdolności i osobowości właśnie przez samo wykonywanie pracy. Z jednej strony winni oni z należytym poczuciem odpowiedzialności wkładać swój czas i siły w wykonywanie pracy, a z drugiej powinni dysponować wystarczającym odpoczynkiem i czasem wolnym, tak by mogli poświęcać się życiu rodzinnemu, społecznemu i religijnemu. Przede wszystkim powinni znajdować sposobność swobodnego rozwijania tych sił i uzdolnień, których być może nie mogą doskonalić w pracy zawodowej”³⁴.

Przypomnijmy też kilka spośród innych środków. Zwykły odpoczynek może przyjmować różne formy. To, co jest odpoczynkiem dla jednej osoby, niekoniecznie musi oznaczać relaks dla innej. Oto niektóre z norm, jakie nasuwa zdrowy rozsądek:

1. Wystarczająca ilość snu. Czasami nie ma innego wyjścia, jak skrócić czas snu i niekoniecznie wówczas trzeba myśleć, że robi się coś nadludzkiego. Jednak nie należy przesadzać. Mówi się, że „długi snu są jak długi karciane, zawsze trzeba je spłacić” – i zwykle to prawda.

2. Regularne uprawianie sportu, przy czym należy wziąć pod uwagę, że istnieją sporty dla każdego wieku i że należy roztropnie unikać tych, które wykraczają poza własne możliwości fizyczne.

3. Spacer, wycieczki, lektury niezwiązane z zawodem, kino, telewizja.

4. Hobby, które nie powinno przejść w manię lub ekscentryczność, lecz ma być rozrywką (malowanie, ogródek, fotografia, majsterkowanie, zbieranie grzybów itp.).

³⁴ Sobór Watykański II, Konstytucja *Gaudium et spes*, 67.

5. Wraz ze środkami o charakterze naturalnym należy wziąć pod uwagę także środki nadprzyrodzone, które nie są w ścisłym sensie *spособami* na zmęczenie, lecz stałym wymogiem codziennego życia. Nie można zapominać, że „związek między dniem Pańskim a dniem odpoczynku całego społeczeństwa jest istotny i znaczący nie tylko z punktu widzenia ściśle chrześcijańskiego”³⁵. I wreszcie świadomość bycia dzieckiem Bożym, która wiedzie do ufego i pogodnego zawierzenia Bożej Opatrzności, do poczucia, że w każdym momencie jest się w rękach Boga Ojca, co pozwala różnym rodzajom zmęczenia po prostu zniknąć.

Kiedy zmęczenie jest intensywniejsze i zagraża zdrowiu fizycznemu lub duchowemu osoby, trzeba skorzystać ze środków nadzwyczajnych: kilka spokojnych dni, jeśli to możliwe na wsi, daleko od własnej pracy i środowiska, więcej snu, smaczniejsze jedzenie, jakaś lekka i zabawna lektura (może być komiks). Chodzi zatem o wprowadzenie w życie trafnej rady: „Osłabienie fizyczne. Jesteś rozbity. Odpocznij. Ogranicz swoją aktywność zewnętrzną. Poradź się lekarza. Bądź posłuszny i nie przejmuj się. Wkrótce powrócisz do dawnego trybu życia i – jeśli będziesz wierny – twoje apostołstwo będzie jeszcze lepsze”³⁶. Dopóki trwa zmęczenie, warto zachować jeden podstawowy środek ostrożności: nie podejmować ważnych decyzji, których można by potem żałować. Mając na uwadze brak obiektywizmu charakterystyczny dla takich okoliczności, konieczne trzeba zwiększyć roztropność, aby nie podjąć pospiesznej decyzji i nie porzucić czegoś mniej lub bardziej istotnego, nad czym pracowało się w ciągu całego dotychczasowego życia.

4. CHOROBA I STAROŚĆ

Starość jako ostatni etap cyklu życiowego jest omówiona w Rozdziale X. W niniejszym podrozdziale zajmiemy się jej związkiem z chorobą.

Chociaż starość sama w sobie nie jest chorobą, to jednak wiąże się z nią znaczące wyczerpanie ciała, ponieważ stopniowe zużycie organizmu prowadzi nieuchronnie do jego wyniszczenia. Ze względu na skutki społeczne, a także aspekty duszpasterskie starości, przeanalizujemy te cechy, które

³⁵ Jan Paweł II, List Apostolski *Dies Domini*, 65.

³⁶ Św. Josemaría Escrivá de Balaguer, *Droga*, 706, Księgarnia św. Jacka – Apostolicum, Katowice – Zabki 2005.

są związane z osłabieniem fizycznym osoby, a jednocześnie dotyczą spraw społeczno-zdrowotnych.

4.1. Choroba Parkinsona

Jest to zaburzenie układu nerwowego o nieznanym pochodzeniu, opisane przez brytyjskiego lekarza Jamesa Parkinsona w 1817 roku. Dotyka 1 na 1000 osób; z kolei powyżej 60. roku życia choruje 5 osób na 1000, zaś powyżej 65. roku życia – 10. Choroba Parkinsona charakteryzuje się występowaniem zmian zwyrodnieniowych w istocie czarnej mózgu, a w konsekwencji tego niedoborem dopaminy (substancji neurotransmisyjnej) w prążkowie (ośrodek nerwowy, który reguluje ruchy, postawę i równowagę). Objawy są następujące: zaburzenia psychiczne (głównie otępienne – przyp. red.), drżenie spoczynkowe, sztywność mięśni kończyn, spowolnienie ruchów (*bradicinesia*) oraz wady postawy. Nierzadkie są też powikłania psychiatryczne.

Obecnie leczenie paliatywne polega na podawaniu środków farmakologicznych (agoniści receptorów dopaminowych i przede wszystkim L-DOPA), które pozwalają zapanować nad objawami. Próby terapii zarodkowymi komórkami macierzystymi budzą poważne zastrzeżenia etyczne. Natomiast duże nadzieje stwarzają udane próby autoprzeszczepu komórek kłębka szyjnego³⁷.

4.2. Choroba Alzheimerera

Choroba zawdzięcza swą nazwę niemieckiemu lekarzowi, który opisał ją w 1906 roku u kobiety w wieku 50 lat. Po autopsji doktor Alzheimer zidentyfikował zmiany u swojej pacjentki: obecność blaszek amyloidowych (tzw. „blaszek starczych” – przyp. red.) i degeneracja neurofibrylarna. Według pierwotnej hipotezy na chorobę cierpieć miały tylko osoby w wieku przedstarczym (przed 65. rokiem życia), jednak potem odkryto, że większość demencji starczych jest spowodowanych chorobą Alzheimerera³⁸.

³⁷ Por. M.R. Luquin et al, *Recovery of Chronic Parkinsonian Monkeys by Autotrasplants of Carotid Body Cell Aggregates into Putamen*, „Neuron” 1999, vol. 22, s. 742–750.

³⁸ Występuje niezwykle rzadko u osób poniżej 65. roku życia – tylko w 0,1% wszystkich przypadków na świecie. W 65. roku życia częstotliwość występowania wynosi 2% i odsetek

Etiologia choroby nie jest znana, a jej główny skutek sprowadza się do śmierci milionów neuronów tej części mózgu, która odpowiada za sprawności intelektualne: pamięć, mowę, myślenie – zwłaszcza abstrakcyjne. Dlatego najczęstszymi objawami są: zaniki pamięci, zubożenie języka, zaburzenia orientacji w przestrzeni i czasie, a także zaburzenia zachowania: agresja, urojenia (np. przekonanie, że jest się okradanym, śledzonym), nierozpoznanie własnej rodziny.

Choroba trwa średnio od 8 do 10 lat, natomiast śmierć następuje z powodu powikłań innymi chorobami (zapalenie płuc i in.). Od lat prowadzone są badania nad zapobieganiem tej chorobie, lecz mimo optymistycznych prognoz, postęp jest powolny³⁹.

W leczeniu zaleca się, aby chorzy byli jak najdłużej w swoich domach, ponieważ ich stan pogarsza się, gdy są przenoszeni do placówek opiekuńczych. Jednak na pewnym etapie choroby jest to nieuniknione.

Istnieją dwa filary dobrej opieki nad chorymi na chorobę Alzheimera: opieka w domu (medyczna i socjalna, ściśle ze sobą powiązane) oraz ośrodki terapeutyczne, w których chorzy realizują program stymulacji poznawczej, ruchowej, rekreacyjnej.

Opieka ogólna nad chorym z chorobą Alzheimera to znacznie więcej niż farmakoterapia, choćby bardzo skuteczna. Lekarz zajmujący się bezpośrednio i codziennie chorym powinien starać się przekonać rodzinę o potrzebie programu stymulacji poznawczej.

Od strony duszpasterskiej trzeba zwrócić uwagę na osobę, która zajmuje się chorym (zwykle jest to córka lub synowa). Często osoba ta żyje w dużym napięciu, ponieważ spoczywa na niej ogromny ciężar fizyczny, psychiczny, a nawet ekonomiczny. Nierzadkie są w tej sytuacji problemy rodzinne, depresje, bezsenność, niepokój. Dlatego należy zająć się odpowiednio opiekunami chorych. Najlepiej jest, jeśli osoba sprawująca opiekę ma doświadczenie oraz znajomość zagadnień neurologii, geriatricznej i psychiatrii, a także współpracuje z lekarzem prowadzącym. Niczemu nie służy denerwowanie się na chorego lub powtarzanie napomnień w stylu: „Mamo, mówiłam ci sto razy, że...” – do niczego one nie prowadzą.

ten podwaja się co pięć lat. Starzenie się społeczeństwa powoduje wzrost występowania tej choroby, która w XXI wieku prawdopodobnie prześcignie AIDS i raka.

³⁹ Por. M. Martínez Lage, J.M. Lainez Andres, *El Alzheimer, teoría y práctica*, Aula Médica, Madrid 2000.

4.3. Otepienie starcze

Otepieniem określa się syndrom kliniczny charakteryzujący się różnym stopniem zaburzenia funkcji psychicznych na skutek organicznego i postępującego procesu degeneracyjnego mózgu. Chociaż istnieją otepienia odwracalne (ustępujące lub zmniejszające się po wyeliminowaniu przyczyny, np. guza mózgu), większość ma jednak charakter nieodwracalny i do nich należy otepienie starcze.

Początek tego, co może stać się otepieniem starczym, zwykle przejawia się stopniowym zmniejszeniem zainteresowania tym, co wcześniej pociągało lub sytuacjami, wobec których wcześniej wykazywało się żywą reakcję. Pojawiają się trudności w rozumowaniu, myślenie traci głębię. Pacjent obstaje przy swoich ideach i nie dopuszcza innych punktów widzenia. Pojawiają się zaniki pamięci, zwłaszcza w odniesieniu do świeżych wydarzeń, a także dezorientacja w czasie, przestrzeni i w stosunku do własnej osoby. W zaawansowanych etapach dochodzą zaburzenia sensorywno-percepcyjne, a często też halucynacje słuchowe.

Pod względem emocjonalnym następuje zubożenie wobec innych, w tym wobec osób kochanych. Mogą wystąpić okresy apatii, rozdrażnienia lub depresji. Postępujące objawy mogą przybrać postać zachowań ekshibicyonistycznych, a nawet obsceniczych⁴⁰.

Osoba nieorientowana niektóre z tych objawów w pierwszym okresie choroby może zinterpretować jako chorobę Alzheimerera, ponieważ obie mają podobne cechy. Dlatego należy zwrócić się do specjalisty.

4.4. Opieka pastoralna

Jeśli chodzi o opiekę duchową nad chorymi w podeszłym wieku, odsyłamy do Rozdziału XI, a w kwestii opieki pastoralnej nad chorymi psychicznie – do Rozdziału IX (Psychopatologia seksualności) i Rozdziału XII (Duszpaństwo psychiatryczne). Odnośnie do zaburzeń w różnych okresach życia (dzieciństwo, młodość, okres dojrzały) zob. Rozdział XI.

⁴⁰ Por. A. Thomson, *Demencias*, w: *Enciclopedia de Psiquiatría*, Buenos Aires 1977, s. 128.

BIBLIOGRAFIA

- ALEGRÍA E. ET AL., *Consejos médicos para la tercera edad*, Pamplona, Eunsa, 2003.
- BERMEJO J.C., *Relación pastoral de ayuda al enfermo*, Madrid, San Pablo, 1993.
- TENZE, *El cristiano y la enfermedad*, Barcelona, Centre de Pastoral Litúrgica, 1995.
- TENZE (ED.), *Humanizar la salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería*, Madrid, San Pablo, 1997.
- BETETA P., *Esperanza en el sufrimiento. Juan Pablo II explica el sentido del dolor*, Bilbao, EGA, 1996.
- TENZE, *Una visita de Dios. El Papa consuela a los que sufren*, Madrid, Rialp, 1994.
- CASSIDY S., *Luz en el valle de las sombras. Reflexiones sobre el sufrimiento y la atención a los moribundos*, Santander, Sal Terrae, 1996.
- CUADRADO TAPIA R., *Los enfermos nos evangelizan*, Madrid, San Pablo, 1993.
- TENZE, *El Evangelio del sufrimiento: para enfermos y sanos*, Salamanca, Secretariado Trinitario, 1997.
- D'ONOFRIO F., *El dolor, un compañero incómodo*, Madrid, San Pablo, 1993.
- FRANKL V.E., *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, tłum. A. Wolnicka, Warszawa, Czarna Owca, 2009.
- TENZE, *Homo patiens*, Warszawa, PAX, 1971.
- FREIRE J.B., *Un veneno que cura. Diálogo sobre el dolor y la felicidad*, Pamplona, Eunsa, 1999².
- HERNÁNDEZ DENTON J.L., *Reflexiones para el enfermo y su familia*, Salamanca, Sígueme, 1993.
- LE BRETON D., *Antropología del dolor*, Barcelona, Seix Barral, 1999.
- LEEN E., *¿Por qué la cruz?*, Madrid, Rialp, 1962.
- LEWIS C.S., *Problem cierpienia*, Kraków, Esprit, 2010.
- TENZE, *Smutek*, tłum. J. Ołędzka, Kraków, Esprit, 2009.
- LÓPEZ ARRÓNIZ P., *Yo enfermo como tú*, Madrid, San Pablo, 1995.
- MOLINER J.M., *Dios, mi cáncer y yo*, Burgos, Monte Carmelo, 1996.
- MONGE M.Á., *Alexia, alegría y heroísmo en la enfermedad*, Madrid, Palabra, 1998⁵.
- MONGE M.Á., LEÓN J.L., *El sentido del sufrimiento*, Madrid, Palabra, 2001³.

- MORAGAS R., *El reto de la dependencia al envejecer*, Barcelona, Herder, 1999.
- NOVELLA B., *El enfermo, peregrino de la esperanza*, Madrid, San Pablo, 1996.
- OLIVERA SÁNCHEZ A., *Lo difícil es vivir. El hospital por dentro*, Madrid, Atenas, 1993.
- ORELLANA I., *Pedagogía del dolor*, Madrid, Palabra, 1999.
- OTERO H., BOSQUE A., *Cartas desde la UVI*, Madrid, CCS, 1994.
- PANGRAZZI A., *¿Por qué a mí? El lenguaje del sufrimiento*, Madrid, San Pablo, 1994.
- PURROY MERINO M., *Cómo superar el dolor*, Santiago de Chile, PP. Carmelitas, 1985.
- SANDRÍN L., *Cómo afrontar el dolor. Aceptar y comprender el sufrimiento*, Madrid, San Pablo, 1996.
- SANDRÍN L., BRUSCO A., POLICANTE G., *Comprender y ayudar al enfermo*, Madrid, Paulinas, 1992.
- VALLEJO-NAGERA J.A., OLAIZOLA J.L., *La puerta de la esperanza*, Madrid, Planeta-Rialp, 1992.
- VILAR Y PLANAS DE FARNÉS J., *El sufrimiento del hombre y la Cruz de Cristo*, Madrid, Palabra, 1996.s
- TENŽE, *Antropología del dolor*, Pamplona, Eunsa, 1998.
- WOJTYŁA K., *El don del amor*, Madrid, Palabra, 2000.

