

ks. dr Włodzimierz Płatek SCJ

BÓL, CIERPIENIE I CHOROBA - REFLEKSJA INTERDYSCYPLINARNA

Wprowadzenie

Ból i cierpienie to nieodłączne części, będące składowymi ludzkiego życia. Każda bez wyjątku istota ludzka jest nimi dotknięta, jak również każda ma prawo zająć wobec nich własne stanowisko. Temat bólu i cierpienia jest interesujący i wciąż aktualny choćby z faktu, że w świecie zafascynowanym pięknem ludzkiego ciała, jego młodością, sprawnością, witalnością, sukcesem, zaczyna brakować miejsca na ból, cierpienie, chorobę, kalectwo, starość czy śmierć. W dobie człowieka sukcesu cierpienie i ludzie cierpiący stają się tematem niemalże wstydliwym, co zasadniczo ogranicza refleksję o kondycji ludzkiej, a co gorsza oddala od myśli, że choroba, ból i śmierć wcześniej czy później dotknie każdego.

Zagadnienie bólu i cierpienia jest rzeczywistością złożoną, dotyka sfery fizycznej, psychicznej i duchowej człowieka, dlatego też wymaga spojrzenia interdyscyplinarnego. W prezentacji wspomnianych w tytule zjawisk, należy wychodzić od nauk medycznych, a posiłkować się naukami humanistycznymi, społecznymi, takimi jak: filozofia, teologia, bioetyka, psychologia, socjologia i wiele innych. Pomimo ogromnych osiągnięć w wymienionych dziedzinach ludzkiej wiedzy, wciąż wiele rzeczywistości jest do odkrycia. Jedną z przyczyn owych wyzwań jest zapewne przedmiot tych dociekań, który równocześnie jest podmiotem – człowiek. W całej swojej złożoności cielesno-duchowej oraz bogactwie życia psychicznego pozostaje niezmiennie odkrywany.

Pośród wszystkich stworzeń, które wyszły z ręki Boga tylko człowiek jest istotą, która świadomie przeżywa ból, cierpienie, przechodząc przez wszystkie fazy swojego życia. Świadomie też doświadcza własnej skończoności i śmierci. Człowiek jest osadzony w historii, kulturze i społeczeństwie, co w zasadniczy sposób wpływa na jego życie i przeżywanie różnych sytuacji, a w szczególności sytuacji granicznych.

Nieuchronność bólu i cierpienia, a na końcu śmierci, zmusza nas niejako do szukania głębszego sensu ludzkich przeżyć i doświadczeń. Z pomocą przychodzi nam Objawienie, a w nim Osoba Jezusa Chrystusa. Cierpienie, ból i śmierć na krzyżu Zbawiciela stały się dla całej ludzkości drzwiami otwierającymi drogę do królestwa niebieskiego. Człowiek, włączając się przez owo doświadczenie bólu i cierpienia w swoim ciełe, przemienia się, uświęca i zbawia w komunii z Chrystusem.

BÓL

Ból jest jednym z pięciu objawów życiowych u człowieka i „najczęstszym objawem w medycynie”, obok ciepłoty ciała, częstości oddechów, ciśnieniem tętniczym i tętnem. Jego obecność odnotowujemy od chwili przyjścia na świat. Według Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu, „ból jest nieprzyjemnym doznaniem zmysłowym i emocjonalnym, związanym z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub dającym się wyrazić w tych kategoriach. Ból jest zawsze odczuciem subiektywnym. Każdy uczy się znaczenia tego słowa przez doświadczenia związane z uszkodzeniem ciała we wczesnym dzieciństwie. Ból niewątpliwie odczuwa się w części lub w częściach ciała i zawsze jest doświadczeniem nieprzyjemnym, a przez to jest zjawiskiem emocjonalnym”. Jest spostrzeżeniem powstającym na podstawie psychicznej interpretacji przez chorego zachodzących zjawisk, zmodyfikowanym przez wcześniejsze doświadczenia i uwarunkowania psychosomatyczne. W definicji podkreśla się subiektywność tego negatywnego odczucia, co jednoznacznie określa nie tylko wybitnie osobisty i niepo-

wtarzalny charakter tego doznania u konkretnego pacjenta, ale także warunkuje konieczność uznania zgłaszanej przez pacjenta dolegliwości za prawdziwą. Chociaż każdy ból odbija się niekorzystnie na funkcjonowaniu organizmu jako całości, czasami – nawet znacząco – narusza homeostazę organizmu, a więc powoduje także zespół określonych zaburzeń i zachowań, jednak nadal nie jest możliwa obiektywna ocena jego natężenia. W związku z tym, bólem jest wszystko to, co chory w ten sposób nazywa, bez względu na związane z nim obiektywne objawy.

Ból jako zjawisko medyczne, z racji wysokiej subiektywności, określane jest za pomocą skali numerycznej (NRS – Numerical Rating Scale). Skala numeryczna jest łatwa do zastosowania w diagnostyce i leczeniu. Wykazano także jej dużą czułość i wiarygodność w porównaniu z innymi skalami pomiaru bólu. Skala zawiera 11 stopni nasilenia bólu – od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, natomiast 10 najgorszy wyobrażalny ból. Wyróżnić można 3 fazy: ból łagodny (NRS 1-4), ból umiarkowany (NRS 5-6) i ból silny (NRS 7-10). Ze względu na jej zrozumiałość dla pacjentów i łatwość stosowania jest obecnie polecana w praktyce klinicznej zarówno do oceny bólu ostrego, jak i przewlekłego. Inne rodzaje pomiaru bólu to: skala wzrokowo-analogowa (VAS – Visual Analogue Scale), skala słowna (VRS – Verbal Rating Scale) oraz skale wielowymiarowe.

Fizjologicznie ból powstaje wskutek podrażnienia swoistych receptorów bólowych, tzw. nocycceptorów (nocycepcją określa się zmysł odczuwania bólu) lub wskutek ich nadreaktywności na zwykły bodziec, wynikającej z obniżenia ich progu pobudliwości (tzw. próg bólowy). Odczucie bólu wyzwała jednak również każdy ponadmaksymalny bodziec swoisty dla określonego receptora nie-nocyceptywnego, na przykład silny impuls świetlny powoduje ból gałek ocznych, silny bodziec akustyczny powoduje ból lokalizowany w uchu itp. Ból powoduje odruchowe pobudzenie układu nerwowego współczulnego i hormonalnego, których celem jest wyzwolenie reakcji o charakterze „walki lub ucieczki”. W związku

z tym w psychologii ból jest uznawany za popęd uruchamiający odpowiednie formy zachowania się człowieka (podobnie jak zwierzęcia), które prowadzą do wyzwolenia się spod jego wpływu lub do uniknięcia bodźca bólowego, a postępowanie to podlega procesom uczenia się.

Rodzaje bólu

Proces powstawania bólu nosi nazwę nocycencji. Wyróżnić można ból ostry i przewlekły, receptorowy i niereceptorowy, fizjologiczny i kliniczny. Wyżej przedstawiona definicja bólu podkreśla wysoki wskaźnik subiektywności w jego odczuwaniu, przebiegu i co za tym idzie, niejednoznaczność w diagnozie. Ból jest przedmiotem ciągłych badań i refleksji przedstawicieli różnych dziedzin nauki. Ból odczuwają wszyscy, poza osobami, które mają bardzo rzadką, wrodzoną bądź nabytą przez uszkodzenie układu nerwowego niewrażliwość. Obserwując pacjentów z wrodzoną analgezią – rzadką chorobą, uwarunkowaną genetycznie, która polega na całkowitym braku odczuwania bólu, przy zachowaniu reakcji na bodźce nienocycencyjne, czyli dotyku, ciepła, zimna i łaskotania, dowiadujemy się o kluczowym znaczeniu bólu dla zachowania życia i zdrowia człowieka. Długość życia z tą chorobą jest znacznie krótsza niż w populacji ogólnej z powodu braku odpowiednich reakcji na stany zagrożenia.

Ból fizyczny

Klasyfikacja bólu ostrego opiera się na dwóch kryteriach: pierwszym z nich jest klasyfikacja oparta na patomechanizmie powstania bólu, drugie kryterium opiera się na czasie trwania dolegliwości. Ból, który trwa nie dłużej niż trzy miesiące jest nazwany bólem ostrym. Często bywa postrzegany jako problem mało złożony w swoim patomechanizmie. W praktyce jest jednak zjawiskiem wyjątkowo skomplikowanym. Wyróżniono wiele czynników wpływających na odczuwanie bólu. Doświadczenia sensoryczne, emocjonalne,

psychologiczne oraz kulturowe wpływają na odbieranie bodźców bólowych. Według Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu objawami bólu ostrego są nieprzyjemne sensoryczne i emocjonalne doświadczenia związane z rzeczywistym, bądź potencjalnym uszkodzeniem tkanek. Ból ostry odczuwany jest więc zarówno na poziomie czucia sensorycznego, jak również emocjonalnego. Przyczyny bólu ostrego są zróżnicowane. Zwykle przyczyną jest uszkodzenie tkanki, a ból mija, gdy uraz ulegnie zagojeniu. Ze względu na złożoność problemu bólu wprowadzono klasyfikację patomechanizmów bólu. Pozwala to na lepsze zrozumienia przyczyn zjawiska. Pierwsza grupa to nocyceptywny ból somatyczny powłok ciała – specjalne receptory, zwane nocyceptorami, zlokalizowane w skórze oraz błonach śluzowych odbierają bodźce prowokujące ten rodzaj bólu. Przykładem są urazy mechaniczne tkanek, takie jak: zranienia, poparzenia lub rany pooperacyjne. Ból ten jest zazwyczaj właściwie zlokalizowany. Opisywany jest zazwyczaj jako ostry o charakterze pieczenia lub klucia. Druga grupa to nocyceptywny ból somatyczny tkanek głębokich – pojawia się przy pobudzeniu nocyceptorów znajdujących się w kościach, stawach, mięśniach lub tkance łącznej. Ból związany ze złamaniem kości i skurczami mięśni zaliczany jest do tej kategorii bólu. Lokalizacja bolącego miejsca zazwyczaj nie sprawia trudności cierpiącemu. Zwykle ma charakter bólu tępego lub pulsującego. Trzecia grupa to nocyceptywny ból organów wewnętrznych – pobudzenie receptorów bólowych znajdujących się w organach wewnętrznych powoduje ten rodzaj bólu. Uczynnienie tych nocyceptorów może pojawić się na skutek np. rozciągania jelit na drodze zalegania mas kałowych w przypadku zaparć pokarmowych. Ból jest zazwyczaj słabo zlokalizowany, chociaż badanie palpacyjne pomaga zlokalizować miejsce bólu. Ból można opisać jako tępy, ściskający lub o charakterze kolki.

Ból przewlekły to taka dolegliwość, która trwa dłużej niż trzy miesiące, bądź utrzymuje się po wygojeniu uszkodzonych tkanek. U chorych z bólem przewlekłym nie obserwuje się charakterystycznego dla bólu ostrego pobudzenia układu współczulnego

i wewnątrzwydzielniczego, natomiast długotrwałe zaburzenie homeostazy spowodowane przewlekłym bólem powoduje narastającą dysfunkcję wielu układów i narządów. W związku z tym wielu badaczy uważa ból przewlekły za chorobę samą w sobie, wymagającą wielokierunkowego postępowania terapeutycznego, niezależnie od niekiedy prowadzonego jeszcze leczenia skierowanego przeciwko pierwotnemu procesowi patologicznemu (np. chorobie nowotworowej). Na odczuwanie bólu przewlekłego, zwłaszcza towarzyszącego fazie końcowej przewlekłej choroby, nakłada się bardzo wiele czynników osobniczych, osobistych, rodzinnych, socjalnych oraz środowiskowych, dlatego określa się go jako ból totalny, wszechogarniający. Przybiera on postać jednostki chorobowej ze skutkami natury fizjologicznej, psychicznej i społecznej. Objawia się przez depresyjny nastrój, nadmierną drażliwość i zdenerwowanie, zaburzenia snu, apetytu, obniżenie libido i aktywności seksualnej, ociężałość psychoruchową oraz wzmożony próg odczuwania bólu, czasem spadek masy ciała. U części chorych pojawia się niepokój i nadmierna chęć jedzenia. Depresyjny nastrój objawia się nie tylko smutkiem, lecz również rozdrażnieniem i wybuchami gniewu. Powoduje to konflikty z rodziną, przyjaciółmi i doprowadza do stopniowej eliminacji aktywności społecznej oraz do izolacji psychicznej. Większość chorych nie jest w stanie pracować zawodowo, znacznie zmniejszają się ich dochody, obniża standard życia i pozycja w rodzinie. Najlepszym przykładem ilustrującym taki rodzaj bólu jest młody człowiek z rozsianym nowotworem w fazie terminalnej, dla którego poza dolegliwościami związanymi z samym procesem chorobowym, czasem nawet bardziej odczuwalne są cierpienia wywołane odizolowaniem od środowiska, poczuciem opuszczenia, buntu przeciwko wyrokom boskim, strachem, brakiem perspektyw, poczuciem niezrealizowania marzeń i celów życiowych, odebrania należnych wiekowi radości i wiele innych. W takiej sytuacji leczenie przeciwbólowe stanowi tylko jeden z elementów integralnej opieki, w którą zaangażowany powinien być zespół wielu specjalistów medycznych i opiekun duchowy.

Ból może także powstawać w wyniku podrażnienia receptorów bólu – nocyreceptorów tzw. ból receptorowy, ale także jako ból nie-receptorowy, powstały na skutek uszkodzenia struktur układu nerwowego. Wówczas ma charakter neuropatyczny bądź psychogeny, związany z procesem myślenia, stanem emocjonalnym lub osobowością, a zatem pojawia się bez towarzyszącego bólowi uszkodzenia tkanek.

Uniwersalnym podziałem bólu jest według na rodzaj bodźca wywołującego stymulację nocyceptywną, w którym wyróżnia się ból fizjologiczny i kliniczny. Pierwszy z nich pojawia się podczas działania bodźców, które nie powodują uszkodzenia tkanek, drugi zaś przebiega z ich naruszeniem. Przykładem przemijającego bólu fizjologicznego może być dotknięcie rozgrzanego przedmiotu powodujące ból, a następnie szybkie cofnięcie ręki. Jest tu realizowana funkcja obronno-ostrzegawcza bólu. Ta funkcja istnieje, choć w inny sposób w przypadku bólu klinicznego. Pourazowe uszkodzenie tkanek obejmujące głębokie struktury somatyczne, organizmu, takie jak złamania lub skręcenia, wymuszają ograniczenie aktywności, a towarzysząca drażliwość zapobiega wszelkim kontaktom, w tym także dalszemu ryzyku uszkodzenia. We wszelkich schorzeniach klinicznych to ból jest najczęściej pierwszym objawem, który mobilizuje do zasięgnięcia porady lekarskiej, a następnie diagnozy, będącej pierwszym krokiem do odzyskania zdrowia i pozbycia się bólu.

Cierpienie osoby

Cierpienie stanowi nieodłączny element ludzkiego życia, tak jak miłość, radość czy szczęście. Można zaryzykować stwierdzenie, że każdy z nas codziennie doświadcza jakichś cierpień. Wielu z nich nie zauważamy, gdyż zdążyliśmy się do nich przyzwyczaić, z innymi nauczyliśmy się jakoś radzić czy je tolerować, jeszcze inne stanowią dla nas poważny problem. Cierpienie to jeden z tych aspektów naszego życia, który najtrudniej nam zrozumieć i który najbardziej nas niepokoi. Często nie wiemy skąd się wzięło, dlaczego dotyka

właśnie mnie i dokąd mnie zaprowadzi. W momencie cierpienia mamy jedynie pewność, że cierpimy. Cierpienie to stan, który wszyscy znamy, ale nie potrafimy precyzyjnie określić, czym ono jest. Wynika to z tego, że kiedy sami cierpimy nie mamy do siebie dystansu, natomiast cierpienie drugiego wywołuje niepokój, przez co jest dla nas niedostępne i niezrozumiałe. O tym, że cierpienie jest doświadczeniem trudnym, nie tylko do przeżycia, ale i do interpretacji psychologicznej, może świadczyć brak tego terminu w słownikach psychologicznych. Można natomiast znaleźć jego definicję w *Encyklopedii Katolickiej*, według której: „cierpienie to stan psychiczny człowieka wywołany bólem fizycznym albo psychicznym, spowodowany np. niedomaganiem organizmu (choroba), niemożnością zrealizowania (...) celu lub przeżyciem doznanej przykrości, jest stałym komponentem ludzkiego życia, związanym z ograniczonością struktury bytowej człowieka (...)”.

Cierpienie w podstawowym i właściwym znaczeniu obejmuje wszystko to, czego osoba doświadcza jako przykre, niepożądane i bolesne. Cierpienie to doświadczenie wielowymiarowe. Obszary, których dotyczy można wytyczyć w oparciu o trzy wymiary egzystencjalne opisane przez Viktora Frankla, który w swojej koncepcji mówi o wymiarze somatycznym/fizycznym, psychologicznym / psychicznym i wymiarze duchowym/osobowym. Wymiar fizyczny: chorób, śmierci czy kataklizmów to najbardziej uchwytny wymiar cierpienia. Wydaje się on najtrudniejszy, ponieważ jest związany z doświadczaniem bólu fizycznego i często pociąga za sobą także cierpienie psychiczne związane z bezradnością człowieka wobec tego bólu.

Alfred Längle uzupełnia te trzy klasyczne wymiary o nowy „dynamiczny” wymiar – zwany egzystencjalnym. Cierpienie egzystencjalne jest to cierpienie mające swoje źródło w relacji jednostki ze światem, to uczucie daremności wynikające z braku zrozumienia naszego życia, naszych działań, sukcesów i porażek, wyroków losu w szerszym kontekście. Dla większości z nas cierpienie jest czymś strasznym, bezowocnym i destruktywnym. Dzisiejszy kult sukce-

su, który nakazuje być wiecznie młodym i zdrowym także nie ułatwia nam zadania. Świat kultury masowej nie akceptuje bólu ani cierpienia. Również z perspektywy rozumowania psychologicznego niełatwo znaleźć proste wyjaśnienie sensu cierpienia, zwłaszcza cierpienia niezawinionego. Pomimo to, że cierpienie nie jest uczuciem przyjemnym, życie bez cierpienia nie jest możliwe. Cierpienie jest symptomem tego, że coś się zmienia, że nasza stabilność została naruszona lub że coś jej zagraża.

Słowo „cierpienie” należy do terminów nieostrych. Jego rozumienie uwarunkowane jest z jednej strony kontekstem historycznym w jakim występuje, a z drugiej typem nauki, w ramach której prowadzi się dyskurs. Dla zobrazowania złożoności tematu zobaczmy, że na określenie tej samej rzeczywistości, filozof, humanista, teolog użyje słowa cierpienie, a lekarz powie o chorobie czy bólu. Viktor Frankl w jednej ze swoich prac napisał, że jednostronne podejście do człowieka, wyrażające się nihilistycznym biologizmem, fizjologizmem, psychologizmem czy socjologizmem, znajduje swoje reperkusje w zaniechaniu refleksji o cierpieniu człowieka, o jego sensie oraz ofiarniczej i ekspiacyjnej roli, jaką może spełniać w życiu jednostki ludzkiej. Cierpienie staje się cechą wspólną wszystkich ludzi. Towarzyszy każdemu, bez zważania na cechy osobowościowe, etap życia, status społeczny czy ekonomiczny, stając się nieodzowną częścią światopoglądów i systemów religijnych.

Tylko człowiek przeżywa cierpienie. U zwierząt można o nim mówić jedynie w sensie przenośnym, bowiem nie ma w nich „miejsca” na aktywne ustosunkowanie się wobec doznanego zła. Swoistością ludzkiego cierpienia jest samowiedza człowieka o swoim cierpieniu i stawianie pytania o jego sens. Trudno dyskutować o przyczynach cierpienia, jego miejscu w życiu człowieka, objawach czy czasie jego trwania. Jak pisze B. Chyrowicz „Nie istnieją specjaliści od cierpienia, są tylko cierpiący ludzie”. Cierpienie ogólnie definiuje się jako „świadome przeżywanie przykrości (bólu) z powodu doznanego zła”. Pojęcie „zła” w życiu jest pojęciem jeszcze bardziej subiektywnym niż pojęcie bólu. To zło może być spowodowane czynnikami

zewnątrznymi, takimi jak: wypadek, choroba, ból, śmierć kogoś bliskiego. Może jednak pochodzić także od czynników wewnętrznych, które mogą być bardziej zindywidualizowane. Są nimi niepewność, wątpliwości, psychiczne załamanie, utrata sensu życia i cierpienie związane z przemijaniem.

Cierpienie i ból psychiczny

Doświadczenie psychicznego cierpienia i bólu, zwane też w języku potocznym bólem duszy lub bólem istnienia, to zjawisko powszechne i nieunikniona część ludzkiej egzystencji. Wśród przyczyn tego doświadczenia wymienia się szerokie spectrum czynników: z jednej strony zaburzenia psychiczne (np. depresyjne, lękowe, stres pourazowy), wydarzenia traumatyczne (takie jak śmierć dziecka), strata (ważnej relacji, osoby, pozycji, finansów, zdrowia), wykluczenie społeczne, a z drugiej świadomość własnej ograniczoności, niedoskonałości, kruchości, przemijalności i śmierci. Ból psychiczny może być również następstwem utraty sensu życia, pustki wewnętrznej, wyrzutów sumienia, poczucia winy i krzywdy, a jego odczuwanie, łatwiej jest werbalizować artystom, zwłaszcza poetom, a nie naukowcom. Być może dlatego problematyka bólu psychicznego nie znalazła dotąd w psychologii należytego miejsca.

Ból psychiczny dotyczy zarówno ludzi chorych somatycznie, jak i zdrowych, tak więc, mimo że wykazano związki bólu psychicznego i somatycznego, powinien być traktowany jako odrębne od bólu ciała doświadczenie. Frankl sądzi, że ból psychiczny nie musi być przejawem choroby, ale jest „czymś ludzkim, w pewnym sensie nawet czymś najbardziej ludzkim ze wszystkiego, co istnieje”. Jeśli chodzi o ocenę wpływu analizowanego bólu na jakość życia, to większość doświadczających go depresyjnych pacjentów, którzy jednocześnie cierpieli na zagrażające życiu choroby (np. nowotwory) podawało, że to właśnie ten ból był przyczyną większego cierpienia niż jakikolwiek ból fizyczny, którego doświadczali w swoim życiu. Ponadto, cierpienie psychiczne w dobrym stanie zdrowia fizycznego może być bardziej dokuczliwe niż cierpienie w chorobie

somatycznej. Choroba bowiem ma swój początek, przebieg i koniec, ból psychiczny może natomiast trwać w nieskończoność.

We współczesnym rozumieniu według Edwina Shneidmana, ból psychiczny jest definiowany jako stan intensywnego psychicznego cierpienia, któremu towarzyszą poczucie wstydu, upokorzenia, rozpaczy, samotności i lęku. Alternatywnie, zdaniem tego autora, ból psychiczny można określić jako nasilony stan wewnętrznego rozbięcia i smutku. Ból psychiczny, gdy osiągnie niemożliwą do zniesienia dla jednostki intensywność, stanowi rzeczywiste źródło zachowań samobójczych. W jednej ze swoich prac pisze: (jeśli) „nie ma bólu psychicznego, nie ma samobójstwa”. Najważniejsze przyczyny doświadczania bólu psychicznego wspomniany autor widzi w niezaspokojonych, sfrustrowanych bądź udaremniionych potrzebach psychologicznych, takich jak: potrzeba przynależności, afiliacji, wsparcia, osiągnięć, autonomii, dominacji i agresji. To właśnie indywidualna kombinacja niezaspokojonych potrzeb, zwłaszcza tych, bez zaspokojenia których jednostka nie jest w stanie funkcjonować, przyczynia się do powstania psychicznego bólu, który w połączeniu z niemożliwością jego tolerowania i poznawczym zawężeniem, gdzie śmierć jawi się jako jedyna możliwość zaprzestania odczuwania cierpienia, prowadzi do zachowań samobójczych. Wspomniany autor uważa również, że ból psychiczny pełni pośredniczącą rolę między takimi czynnikami, jak depresja i poczucie beznadziejności a zachowaniami samobójczymi.

Również Roy Baumeister w swojej teorii zachowań samobójczych odwołuje się do bólu psychicznego. Postrzega on ból psychiczny jako awersyjną reakcję powiązaną zwłaszcza z poczuciem własnej nieadekwatności. Człowiek, zdaniem Baumeistera, doświadcza bólu psychicznego, gdy osiągnięcia życiowe są znacznie poniżej jego idealnego ja i osobistych aspiracji oraz gdy winę za to, co mu się przydarza, przypisuje samemu sobie. Podstawową emocją związaną z bólem psychicznym jest więc samo rozczarowanie.

W literaturze przedmiotu można spotkać rozważania dotyczące przyczyn bólu psychicznego bez podawania jego definicji. I tak,

zdaniem przytaczanego już Frankla, przyczyna bólu tkwi w poczuciu pustki, egzystencjalnej frustracji, będących następstwem utraty sensu życia, którą znieść może ukierunkowanie życia na wartości i znalezienie sensu cierpienia.

Podsumowując można zauważyć, że ból psychiczny jest najczęściej ujmowany jako trudne do wytrzymania cierpienie bądź dyskomfort, mające swe źródła w szerokim zbiorze przyczyn, którym towarzyszą znacznie nasilone, przykre emocje. Ból psychiczny jest rzeczywistością tak samo realną jak ból fizyczny i poważnie wpływa na funkcjonowanie człowieka. Jednocześnie między ludźmi występują znaczące różnice dotyczące siły odczuwania tego bólu i jego źródeł. Cierpienie psychiczne, niezależne od wymiaru fizycznego, wynika z niespełnionych oczekiwań, samotności czy braku akceptacji. Może nim być brak poczucia bezpieczeństwa, lęk, niezrozumienie. Pojawia się, gdy doświadczamy poczucia utraty czegoś cennego i wartościowego.

Cierpienie duchowe

Obok sfery fizycznej i psychicznej także sfera duchowa stanowi ważny element naszej egzystencji. Możemy więc mówić także o wymiarze duchowym cierpienia. Przykładem takiego cierpienia mogą być: lęk przed odrzuceniem czy też potępieniem, utrata sensu życia, poczucie niezrealizowania, utrata wiary czy brak nadziei. Ta forma cierpienia pojawia się, gdy mamy poczucie utraty czegoś, co jest niezbędne abyśmy czuli się spełnieni. Źródłem bólu duchowego jest duchowy wymiar człowieka, którego fenomenami są: samoświadomość, samoposiadanie (podmiotowość), samostanowienie (wolność), samoniewystarczalność (miłość), sumienie (zdolność oceny moralnej), ludzka godność.

Samoświadomość sprawia, że człowiek jest jedyną istotą, która nie tylko wie, ale także wie, że wie. I ta właśnie zdolność do samo-refleksji sprawia, że uświadamia on sobie stan zagrożenia i cierpi z tego powodu. Dzięki autorefleksji człowiek nie tylko cierpi, ale

także zastanawia się nad przyczynami i skutkami tego cierpienia. Ludzka zdolność łączenia aktów cierpienia oraz jego interpretacji jest jak rynna, która zbiera deszcz z całego dachu i odprowadza wodę w jedno miejsce. Z samoświadomością wiąże się poczucie sensu. Człowiek nie tylko dokonuje aktów, ale nadaje im znaczenie, ukierunkowuje je ku wybranym przez siebie celom. Choroba, szczególnie terminalna, kładzie kres dotychczasowym wyborom człowieka, kwestionuje jego plany na przyszłość, stawia go w zupełnie nowej sytuacji. Nic dziwnego zatem, że u człowieka umierającego może pojawić się głęboki kryzys sensu życia.

Samoposiadanie, czyli inaczej podmiotowość, daje człowiekowi świadomość bycia podmiotem mogącym dystansować się od całego otoczenia, posiadającym cel sam w sobie, a nie służący innym jako środek. Stwierdzenie nieuleczalności choroby stawia pod znakiem zapytania doczesne cele pacjenta. Rozpoczyna się trudny proces powolnego ogoławania z pełnionych funkcji, z posiadanych pozycji, ze stworzonych relacji, z wiedzy i przedmiotów. Na koniec chory traci zdolność panowania nad swoim ciałem. Perspektywa śmierci kwestionuje wszystko, co człowiek posiada, nade wszystko zaś jego istnienie. Tymczasem według Zygmunta Freuda, „nikt nie wierzy we własną śmierć”, a nasza nieświadomość „zachowuje się tak, jakby była nieśmiertelna”. Ta niewiara we własną śmierć jest przyczyną rozwijania wielu strategii zaprzeczających śmierci (społeczna pamięć, historia, konstruowanie narodowej nieśmiertelności). Fenomen ten pojawia się również w chorobie nieuleczalnej, w której zaprzeczenie jest jednym z głównych mechanizmów obronnych. Może wystąpić ono jako: zaprzeczenie diagnozy, zaprzeczenie stopnia zaawansowania i groźby choroby, zaprzeczenie możliwości śmierci.

Samostanowienie rozumiane jako wolność daje wiedzę o dziedzictwie genetycznym i wpływie czynników środowiskowych na rozwój jego samego jako człowieka. Każdy jest kowalem swojego losu. Kto twierdzi inaczej, czyni siebie zwolennikiem determinizmu i sprzeciwia się podstawowemu doświadczeniu, że człowiek

jest istotą wolną. Tę podstawową wolność człowiek potwierdza każdorazowo, ilekroć wybiera jeden z wielu stojących przed nim celów. Naszym postępowaniem kierujemy sami, dlatego też zanim podejmiemy decyzję, rozważamy, który wybór będzie lepszy. Decyzję raz powziętą można zmienić, odwołać lub potwierdzić. O istnieniu podstawowej wolności ludzkiej świadczy też działalność prawodawcza. Gdyby człowiek nie był wolny, daremne byłyby wszystkie kodeksy, ponieważ nikt nie byłby w stanie ich zachować. Wolność jest warunkiem odpowiedzialności. We współczesnym świecie wolność staje się dobrem coraz bardziej cenionym. W filozofii egzystencjalistycznej wolność podniesiono do rangi pierwszego atrybutu człowieka. „Człowiek jest wolnością – mawiał Sartre – sam musi tworzyć swe życie, wykuwać swój los”. Postępująca choroba stopniowo pozbawia człowieka możliwości stanowienia o sobie, kształtowania swojego losu, określania kierunków życia i dokonywania wyborów. Wyrazem cierpienia związanego z tym stanem jest sprzeciw o różnym nasileniu: od niezgody aż do buntu.

Samoniewystarczalność (miłość). Miłość jest wyrażeniem wieloznacznym, używanym do określenia stanów psychicznych, postaw i relacji ludzkich. Istnieje wyłącznie w świecie ludzi, istot rozumnych i wolnych, zdolnych do przekraczania własnych granic, porozumiewania się i jednoczenia między sobą. Będąc jednym z najbardziej podstawowych i ważnych doświadczeń ludzkich, decydujących o szczęściu i spełnieniu, stanowi często przedmiot analiz naukowych oraz motyw sztuki, literatury i filmu. Miłość wyraża podstawowe nastawienie człowieka, wskazujące na przyjęty przez niego sposób kierowania swoim losem i odnoszenia się do innych ludzi, które polega na uznaniu ich za równych i poszanowaniu należytej im godności osobowej. Miłość wyklucza postawę „nad”, wyrażającą się w dążeniu do panowania lub traktowania drugiego jako środka do osiągnięcia własnych celów. Najogólniej można powiedzieć, że miłość jest wolą życzliwości i promocji. Choroba przypomina o śmierci, która rozrywa ludzką miłość, oddala od bliskich osób, uniemożliwia kształtowanie wspólnego losu. Smutek koń-

czącej się miłości i obawa o los najbliższych jest ważną formą bólu duchowego.

Sumienie (zdolność oceny moralnej) jest sądem rozumu, poprzez który człowiek rozpoznaje, czy jego działania są moralnie dobre czy złe. Ujawnia się ono w czasie podejmowania decyzji (sumienie aktualne), ale także w okresie późniejszym (sumienie poczynkowe). Chociaż w kształtowaniu sumienia pojedynczych ludzi wielką rolę odgrywa kultura, środowisko i wychowanie, można stwierdzić istnienie sumienia uniwersalnego i szacunku dla norm ogólnoludzkich, w których odzwierciedla się wspólnota podstawowych struktur rozumu gatunku ludzkiego, pamięć o wspólnej historii, nazywanych czasem pierwotną pamięcią dobra i zła. Ta pierwotna znajomość dobra i zła stanowi u człowieka dynamiczną siłę popychającą go ustawicznie ku tym wartościom i nakładającą na niego obowiązek ich zachowania. Człowiek jest zdolny zagłuszyć słuszny sprzeciw swojego sumienia, tej „wrodzonej pamięci” dobra i zła, gdy jego egoizm zwycięży nad najbardziej podstawowymi prawami innych ludzi. Gdy jednak w życiu człowieka pojawia się choroba terminalna i dokonuje on retrospektywnego przeglądu życia, częsta jest bardziej obiektywna ocena postępowania z przeszłości i uzasadnione poczucie winy. Tak zwane wyrzuty sumienia, wzmocnione brakiem możliwości naprawy dokonanego zła, mogą być ważnym źródłem bólu duchowego człowieka ciężko chorego.

Godność ludzka jest wpisana w strukturę ontyczną osoby. Człowiek ma wrodzone poczucie własnej wartości, należnych mu praw, potrzebę dobrego imienia oraz intymności. Świadomość własnej godności wpływa na sposób postępowania, ale także zmusza do protestu przeciwko niewłaściwemu traktowaniu. Świadomość własnej godności jest ważna, ponieważ integruje osobowość w zmieniających się okolicznościach i stanowi znaczący komponent poczucia sensu życia. Człowiek chory cierpi z powodu utraty funkcji pełnionych w życiu zawodowym i społecznym, doznaje negatywnych doświadczeń związanych z poczuciem własnej godności, z powodu niewydolności organizmu, niezdolności do koordynacji funkcji fi-

zjologicznych oraz braku należytą mu intymności. Doświadczenia te są niekiedy wzmacniane zachowaniem rodziny i personelu medycznego, odmową droższych terapii ze względu na ich „nieopłacalność”, ze względu na fakt, że jego choroba jest i tak nieuleczalna. Niewątpliwie może to wszystko być źródłem dotkliwego cierpienia.

Choroba

Cierpieniem jest odczuwany ból, zwiastujący progres choroby, a przez to utratę wielkiej wartości – życia. Może być nim także przeżycie niemożności udzielenia pomocy kochanej osobie w jej trudnościach lub bezradność wobec krzywdy, jaką spotyka istoty słabe i nieumiejące się bronić. Ogólnie można powiedzieć, że źródłem cierpienia mogą być wydarzenia losowe (wypadki, kataklizmy, choroby), skutki działań innych ludzi (świadome lub nieświadome) lub następstwa naszych własnych wyborów i działania.

Naturalną reakcją człowieka wobec cierpienia, np. w chorobie, jest postawa obronna, odrzucenie i walka z tą trudną do pogodzenia rzeczywistością. Natura ludzka przyjmuje cierpienia jako „kataklizm duchowo-somatyczny”. Największym pragnieniem każdego z nas jest być zdrowym i szczęśliwym.

Choroba wpływa negatywnie na upragniony wzorzec egzystencji i stymuluje człowieka do działań zmierzających do eliminacji cierpienia z jego życiowej drogi. Zadaniem więc medycyny jest zmierzanie do walki z chorobą i towarzyszącym jej cierpieniem.

Zdrowie i życie jest wartością najwyższą, podarowaną nam przez Stwórcę, więc leczenie, a w konsekwencji powrót do zdrowia, stają się obowiązkiem każdego chorego. Trzeba przy tym pamiętać, że o pomoc w chorobie należy prosić samego Boga, a leczyć się u lekarzy, którzy są powołani przez Stwórcę po to, aby troszczyć się o nasze zdrowie. Leczenie się jest obowiązkiem, a unikanie lekarzy, co nierzadko się zdarza, pokazywaniem braku zaufania do „współpracowników” Boga, będących jednocześnie znakami Jego troski o chorego. W świadomości każdego chrześcijanina walczą-

cego z chorobą winna doskonalić się umiejętność łączenia tych dwóch rzeczywistości: boskiej i ludzkiej, działania Bożego i ludzkiego. Opatrzność Stwórcy od wieków czuwa nad tym, aby oszczędzić światu cierpień. Z woli Opatrzności odkrywane są nowe formy terapii, a wiedza lekarska staje się coraz doskonalsza. Tak więc chrześcijanin walczący z cierpieniem, w łączności z Bogiem, staje się sprzymierzeńcem Bożej opatrzności.

Cierpienie samo w sobie jest złem, dlatego jego zwalczanie jest naturalnym obowiązkiem każdego człowieka. W odważnej walce z tym złem, człowiek powinien łączyć swe wysiłki z Bogiem – źródłem łask i dobroci. Cierpienie często zaskakuje człowieka w momencie, w którym nie jest on przygotowany na jego przyjęcie. Człowiek chory, znajdując się w nowej, niechcianej sytuacji, początkowo nie godzi się na przyjęcie cierpienia, które wydaje się przekraczać jego siły. Choroba jest dla człowieka procesem trudnym i wymagającym nadzwyczajnego wysiłku. Aby nie ponieść życiowej klęski, nie pozostaje nic innego, jak przyjęcie pozytywnej postawy wobec cierpienia i rozpoczęcie walki z jego złymi skutkami. Przyjęcie cierpienia jest wyrazem zrozumienia i akceptacji siebie oraz swojego aktualnego stanu zdrowia.

Ból, cierpienie a postawa chrześcijanina

Niedoścignionym wzorem chrześcijańskiej postawy wobec bólu i cierpienia jest Jezus Chrystus. On nie tylko rozumiał chorych, ale przyjął na siebie krzyż, akceptując cierpienia cudze i własne. W ogrodzie Oliwnym modlił się: „Ojcze, jeśli chcesz, zabierz ode Mnie ten kielich. Jednak nie moja wola, lecz Twoja niech się stanie” (Łk 22,42). Chrystus więc w chwili cierpienia nie zwracał się do ślepego losu, ale do Ojca. W ten sposób ukazał ideał, do którego chrześcijanin winien dążyć.

Innym przykładem akceptacji woli Bożej, a zarazem włączenia się w dzieło zbawiania świata poprzez cierpienie, jest postawa Maryi: „Niech mi się stanie według Twego słowa” (Łk 1,38), a także jej

niezwykła postawa wobec śmierci Syna na krzyżu. Te dwa przykłady winny być często kontemplowane przez chorego. Zrozumienie gotowości powiedzenia „tak” w cierpieniu, pozwala odkryć głęboką prawdę, że w cierpieniu nie chodzi o samo cierpienie, lecz o miłość wprowadzającą w komunię ze Zbawicielem i planem zbawczym Boga. Jakże ciągle są aktualne słowa apostoła Pawła: „Co do mnie, nie daj Boże, bym się miał chlubić z czego innego, jak tylko z krzyża Pana naszego, Jezusa Chrystusa” (Gal 6,14). Nie ma więc chrześcijaństwa bez krzyża, bez cierpienia i bólu, bez udręk i wyrzeczeń.

Chrześcijaństwo bez krzyża staje się niezrozumiałe. Natomiast cierpienie połączone z krzyżem Jezusa staje się uświęcające i zbawcze. Przyjęcie i akceptacja krzyża stanowi wstęp do zrozumienia istoty cierpienia, a tym samym i zbawienia. Chrystus bowiem poprzez swoją mękę i krzyż nadał cierpieniu nowy sens, nieznany wcześniej w historii ludzkości. Krzyż Chrystusowy został nam objawiony jako znak zbawienia i miłości Boga do człowieka. Chory poprzez swoje cierpienie, łączy się z męką Chrystusa i z Jego dziełem odkupienia świata. Ten zbawczy sens cierpienia nie może zostać zrealizowany bez łączności z Chrystusem.

Zakończenie

Patrząc jako ludzkość na zjawisko bólu i cierpienia dziś, jesteśmy w stanie go nazwać, opisać, skategoryzować. W odniesieniu do bólu fizycznego medycyna posiłkuje się cyframi określając jego natężenie. A w jakiej skali mam zmieścić ból psychiczny? Jak mam przedstawić cierpienie i ból duszy, dla którego nie ma ram klasyfikujących? Psychologia, która bez wątpliwości osiągnęła wiele i służy człowiekowi, wciąż nie daje odpowiedzi na fundamentalne pytanie: PO CO? i DLACZEGO? cierpienie.

Dla wierzącego jest odpowiedź, a jest nią osoba Jezusa. W Nim, jak w soczewce, skupia się cały sens i cel naszego bólu i cierpienia. To Jezus uczy, jak przekuć to trudne doświadczenie w uczłowieczenie i uduchowienie samego siebie. Trzeba pamiętać, że nie Bóg

stworzył cierpienia. Ból, choroba i cierpienie przyszły na świat wraz z upadkiem człowieka, jako konsekwencja grzechu, kiedy człowiek nierozważnie posłużył się ofiarowaną mu wolnością. Stwórca przemienił jednak cierpienie w jedną z dróg wiodących do odkupienia. Jezus uczy nas jak rozumieć i przyjąć cierpienie fizyczne i duchowe. Maryja staje się wzorem w przyjęciu bólu psychicznego i cierpienia duszy. To z zamysłu Boga choroba może stać się jedną z form spotkania się człowieka z Nim.

„Z Chrystusem jestem przybity do krzyża – żyję już nie ja, ale żyje we mnie Chrystus” (Gal 2,19). Chrystus jest obecny w chorym człowieku w sposób nadprzyrodzony i mistyczny. Jest to wielka tajemnica wiary sięgająca głębi prawd nauczania Kościoła. Jego obietnica towarzyszenia człowiekowi odnosi się do przeszłości, teraźniejszości, jak i przyszłości. Chrystus włączył do swojej zbawczej męki wszystkie ludzkie cierpienia i ludzkie krzyże dla dokonania dzieła odkupienia. „Każdy jest wezwany do uczestnictwa w owym cierpieniu, poprzez które odkupienie się dokonało. Jest wezwany do uczestnictwa w tym cierpieniu, przez które każde ludzkie cierpienie zostało odkupione. Dokonując odkupienia przez cierpienie, Chrystus wyniósł zarazem ludzkie *cierpienie na poziom odkupienia*. Przeto też w swoim ludzkim cierpieniu każdy człowiek może stać się uczestnikiem odkupieńczego cierpienia Chrystusa” (SD pkt 19).

Literatura:

- Katechizm Kościoła katolickiego*, Poznań 1994.
- Jan Paweł II, *Salvifici Doloris*, List apostolskim o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia, 11.02.1984.
- Światowa Organizacja Zdrowia, *Leczenie bólu w chorobach nowotworowych*, https://www.onkonet.pl/dp_leczeniebolu.html z dn. 2.03.2021.
- Światowa Organizacja Zdrowia, *Leczenie bólu w chorobach nowotworowych i opieka paliatywna*, https://www.onkonet.pl/dp_leczeniebolu.html z dn. 2.03.2021.
- J. Wróbel, *Tożsamość bioetyki katolickiej*, TN KUL Jana Pawła II, Lublin 2020.
- A. Bartoszek, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*, Księgarnia św. Jacka, Katowice 2000.
- A. Bartoszek red., *Cierpienie – tajemnica i wyzwanie*, Katowice 2014.
- S. Kowalczyk, *Ciało człowieka w refleksji filozoficznej*, Lublin 2009.
- J. Wicka, *Ból i cierpienie – interdyscyplinarny przegląd stanowisk*, *Prace pogładowe*, Piel. Zdr. Publ. 2012 2(4), s. 301-310.
- M. Karwacki, *Czym jest ból? Dlaczego wyróżnia się ból ostry i przewlekły?*, <https://www.mp.pl/> z dn. 1.03.2021.

- M. Karwacki, *Specyfika postępowania w leczeniu bólu u dzieci z chorobą nowotworową*, M. Mallec-Milewska, M. Krajnik, J. Wordliczka (red.), *Chory na nowotwór. Kompendium leczenia bólu*, Warszawa, 2013, cz. IV, s. 257-287.
- M. Kocot-Kępska, K. Szuldrzyński, *Skale oceny bólu*, w: <https://www.mp.pl/bol/wytyczne/> z dn. 25.02.2021.
- J. Wordliczek, M. Kuś, *Ból ostry w praktyce lekarskiej, Ból i jego leczenie*. J. Dobrogowski i wsp. (red.) Warszawa 1996, s. 146-164.
- J. Wordliczek, *Ból receptorowy – patofizjologia i możliwości terapeutycznego oddziaływania*, Med. Sci. Rev. Anestezjologia 1996 (1), s. 5-21.
- J. Wordliczek, J. Dobrogowski, *Ból ostry*, Kraków 2002.
- J. Dobrogowski, J. Wordliczek, *Ból ostry, ból przewlekły*, „Przegląd Urologiczny” 2003 (5), s. 48-56.
- M. Schwob, *Ból*, Katowice 1999.
- Encyklopedia Katolicka, *Cierpienie*, TN KUL Lublin 1979, s. 476.
- J. Makselon, *Psychologiczne aspekty cierpienia*, „Symposium” 4/2(7) 2000, s. 71-83.
- B. Chyrowicz, *Zmaganie się z rzeczywistością cierpienia w namyśle filozoficznym*, w: *W poszukiwaniu sensu cierpienia – dialog interdyscyplinarny*, red. A. Bartoszek, Katowice 2006, s. 89-97.
- M. Czachorowski, *Cierpienie*, Powszechna Encyklopedia Filozofii, tom 2, Lublin 2001.
- K. de Walden Gałuszko, *Problemy wolności i cierpienia w aspekcie psychologicznym, W poszukiwaniu sensu cierpienia – dialog interdyscyplinarny*, red. A. Bartoszek, Katowice 2006, s. 33-38.
- W. Bołoz, *Cierpienie duchowe w chorobie terminalnej*, „Polska Medycyna Paliatywna” 2004 3(1), s. 57-65.
- Z. Bauman, *Śmierć i nieśmiertelność. O wielości strategii życia*, Warszawa 1998.
- A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa 1995.
- V. E. Frankl, *Homo patiens*, Warszawa 1984.
- S. Mee, B. G. Bunney, W. E. Bunney, W. Hetrick, S. G. Potkin, C. Reist, *Assessment of psychological pain in major depressive episodes*, „Journal Psychiatr”. Res. 2011 (45), s. 1504-1510.
- S. Mee, B. G. Bunney, C. Reist, S. G. Potkin, W. E. Bunney, *Psychological pain: a review of evidence*, „Journal Psychiatr”. Res. 2006 (40), s. 680-690.
- E. L. Meerwijk, S. J. Weiss, *Toward a unifying definition of psychological pain*, „Journal of Loss & Trauma” 2011 16(5), s. 402-412.
- E. L. Meerwijk, J. M. Ford, S. J. Weiss, *Brain regions associated with psychological pain: implications for a neural network and its relationship to physical pain*, „Brain Imaging Behav”. 2012 7(1), s. 1-14.
- E.S. Shneidman, *Suicide as psychache*, „Journal of Nervous and Mental Disease” 1993 (181), s. 145-147.
- E. S. Shneidman, *The psychological pain assessment scale*, „Suicide Life Threat. Behav”, 1999 (29), s. 287-294.
- E. S. Shneidman, *Anodyne psychotherapy for suicide. A psychological view of suicide*, „Clinical Neuropsychiatry” 2005(2), s. 7-12.