

GERNOT WEIRICH

**Między duszpasterstwem umierających
a duszpasterstwem ludzi w żałobie.**

**Praca kapelana szpitalnego na oddziale
opieki paliatywnej**

Problematyka umierania, duszpasterstwa osób umierających, żaloby i przewycięzania żaloby wywołują opór. Zwykle staramy się ją wyprzeć, chociaż każdy z nas będzie musiał kiedyś jej doświadczyć: w relacji z ojcem, matką, wujkiem, krewnymi; w tragicznych wypadkach z dziećmi, małżonkami, przyjaciółmi. Przecież gdy kogoś bardzo kocham, pożegnanie z nim staje się wielkim problemem.

Jednakże żalobę wywołuje również wiele drobnych pożegnań naszego życia, które prowadzą nas do naszego wielkiego, ostatecznego pożegnania z życiem: utrata pracy, choroba, klęska tam, gdzie liczyliśmy na sukces; kres miłości, osamotnienie, nieudane dzieci...

Badania zjawiska żaloby traktują kwestię jej przewycięzania jako paradygmat dla umiejętności przewycięzania doświadczeń straty i przełomów życiowych różnego rodzaju. Gdy ludzie w żałobie mówią, że ich życie nie ma już sensu – nie jest to po prostu wyraz apatii czy depresji, lecz raczej opis stanu, w którym po utracie bliskiego człowieka, będącego dla nas ważnym i nadającego sens naszemu życiu, nie potrafimy zrozumieć ani siebie ani świata, który się dla nas zawalił. I właśnie w tym miejscu osoba w żałobie potrzebuje pomocy.

Niestety, opieka duszpasterska nad ludźmi pogrążonymi w żałobie zwykle zaczyna się zbyt późno. Powinna ona nastąpić w miejscu, gdzie rzeczywiście wkracza śmierć i gdzie człowiek może ją już wyczuć, dostrzec, pojąć, czyli przy umierającym, przy jego łożu śmierci.

Duszpasterstwo osób w żałobie odbywające się w czasie i miejscu umierania określane jest terminem technicznym *perymortalny*, co oznacza dosłownie „wokół śmierci”. Chodzi tutaj zatem o czas umierania, o minuty i godziny bezpośrednio przed i po śmierci.

Największe zapotrzebowanie istnieje tam, gdzie w nowoczesnych, zachodnich społeczeństwach umiera najwięcej ludzi: w szpitalach¹. Jednakże tam duszpasterz zwykle zajmuje się pacjentem, a nie jego bliskimi. W większości przypadków opieka nad osobami w żałobie rozpoczyna się zbyt późno. Odnosi się to do wszystkich grup zawodowych zajmujących się problematyką żałoby: zatem w tym samym stopniu do teologów i Kościoła, jak również do przedstawicieli psychologii i psychiatrii. Praktycznie pierwszy kontakt z osobą pogrążoną w żałobie ma miejsce dopiero wówczas, gdy proces żałoby poszedł w niewłaściwym kierunku i stał się przedmiotem terapii.

Powyższe stwierdzenie nie odnosi się jednak do opisywanego w niniejszym artykule oddziaływanie opieki paliatywnej. Umieranie i śmierć w sposób zamierzony zostają umieszczone w samym centrum starań duszpasterskich. W opiekę nad osobą umierającą włączani są również krewni – jednakże mniej ze względu na ich własne potrzeby, co raczej ze względu na potrzeby umierających. Akcent w obydwu przypadkach kładziony jest na tym, by ułatwić umieranie – a nie żałobę. Jakkolwiek jedno może mieć jak najbardziej pozytywny wpływ na drugie.

Dlatego chciałbym zająć się związkiem między opieką nad umierającymi a opieką nad osobami w żałobie. Obydwie te kwestie w sytuacji *perymortalnej* są ze sobą ściśle związane. Zwykle bowiem przeżycia krewnych w chwili śmierci osoby bliskiej bądź też w czasie ją poprzedzającym lub następującym po niej, są zwykle w dalekim stopniu ignorowane.

Według mnie przyczyny takiego stanu rzeczy należy szukać w obszarze historii oddziaływania znanej teorii badań nad żałobą autorstwa Kübler-Ross. Mam tu na myśli równie rozpowszechnione, co mylne założenie o tzw. „fazie szoku”. Bez wątpienia „szok” bądź przypisywane mu symptomy są pierwszą reakcją w procesie żałoby. Sam jednak obserwowałem w szpitalu również wszelkie inne formy żałoby będące bezpośrednią reakcją na informację o śmierci, które model fazowy zwykle przyporządkowuje do późniejszych faz żałoby. Również codzienne doświadczenia ukazują, że wspomnienia chwili śmierci osób bliskich,

¹ Autor artykułu – duchowny ewangelicki i psycholog pastoralny, oprócz pracy naukowej na wydziale teologicznym, jest kapłanem w Zentralklinik Bad Berka w RFN. Dla polskiego czytelnika – jak podkreśla recenzent tego artykułu – pewną trudność może stanowić, niezależnie od nastawienia ekumenicznego, jego perspektywa niemiecka i protestancka. Używany zaś przez Autora w określonych przypadkach termin *partner*, *partnerka*, oddaje sytuację specyficznego stosunku do małżeństwa w społeczeństwach zachodnich.

pamięć o uczuciach, z jakimi przyjęto wiadomość o ich śmierci, bądź widok zmarłego, jeszcze przez lata pozostają w żywej pamięci i obciążone są silnymi emocjami.

Już to pozwala zauważyć, że poziom uwagi i emocji osób dotkniętych śmiercią bliskich jest często bardzo wysoki właśnie w tej pierwszej fazie, nawet jeśli na zewnątrz tego nie uwidoczniają. To, jakie doświadczenia stają się naszym udziałem, czy i jaką pomoc otrzymaliśmy (także: czy i w jaki sposób był w tym obecny Kościół), jest ważne nie tylko w tej sytuacji bądź w późniejszym przebiegu procesu żałoby, lecz ma znaczenia również w dalszym życiu, gdy patrzymy na te przeżycia z retrospektywy.

Przejdę teraz pokrótce do zadań Kościoła: w kompleksie systemów i instytucji społecznych nowoczesnego społeczeństwa Kościoły należą do grupy instytucji edukacyjnych wraz ze szkołami, uniwersytetami, muzeami, teatrami itp. Wewnątrz tej grupy Kościół stanowi system komunikowania chrześcijańskiego rozumienia rzeczywistości. Jak wszystkie systemy czy instytucje religijne Kościół w ramach komunikacji publicznej posiada m.in. zadanie prezentowania wiedzy etycznej o celach działań, w kontekście własnych przekonań o przeznaczeniu człowieka. Religia, a nie konkretne, pojedyncze wyznanie, jest antropologiczną właściwością daną człowiekowi wraz z jego zdolnością do autorefleksji. Wszyscy ludzie są religijni bądź wyznają religię, gdyż wyrażenie „religia” nie oznacza opinii na temat świata ponadmysłowego, opinii, które można posiadać lub nie; religia to konstytutywne dla istnienia każdej skończonej osoby zrozumienie, że jest się związanym ze źródłem i celem własnej egzystencji i to w taki sposób, że konieczne jest zrozumienie tych granic własnego istnienia, aby uwzględnić je w swoim życiu.

Komunikowanie tych treści to rzeczywiste zadanie wspólnot religijnych. Nawet jeśli we współczesnym społeczeństwie nie istnieje większościowa zgoda co do specyficznych – np. chrześcijańskich, ewangelickich, katolickich itd. – cech postawy religijnej wobec śmierci, to jednak Kościoły (oraz inne wspólnoty religijne) muszą prowadzić na ten temat dialog i komunikować swoje własne poglądy.

Śmierć to „przypadek graniczny” wiary. Tam, gdzie pojawia się śmierć, tam człowiek potrzebuje Kościoła wraz z jego zasadniczą misją. Dlatego Kościół musi być obecny przy śmierci, dlatego powinien stać po stronie ludzi w żałobie. Instytucje pogrzebowe, zorientowane na cel humanistyczno-komercyjny, nie są w stanie sprostać temu zapotrzebowaniu.

W życiu człowieka mamy do czynienia z trzema rodzajami doświadczenia: z doświadczeniem nieciągłości, doświadczeniem różnicy i doświadczeniem transcendencji.

Doświadczenie nieciągłości, czyli radzenie sobie z kryzysami życiowymi, z trudnymi przypadkami losu, zwraca uwagę człowieka na ograniczoność jego życia. Gdy dostrzegamy własną bezradność i uświadamiamy sobie, że ostatecznie nie panujemy nad naszym życiem, rodzi się w nas pytanie o naturę naszego bytu, a wraz z nim pytanie o byt przekraczający byt ludzki. I tak jeden z pacjentów dotknięty cierpieniem mówi: „a jednak wierzę, że potem musi przyjść coś jeszcze”. Nie jest to wiara w zmartwychwstanie, lecz skutek stawiania tego typu pytań. I tak właśnie śmierć staje się nauczycielem życia, jak mówi o tym Psalm 90: *Nauucz nas liczyć dni nasze, abyśmy osiągnęli mądrość serca* [tłum. polskie: Biblia Tysiąclecia].

„Doświadczenie różnicy” ujawnia moralną ograniczoność i ciemne strony naszego życia: naszym dążeniom towarzyszy klęska, miłości – nienawiść, wspólnotcie – samotność, dobru – zło, sile – bezsilność. Biblia mówi nam o grzechu; teologia i filozofia o wyobcowaniu. Protestantcka nauka o usprawiedliwieniu stwierdza, że człowiek nie jest sprawiedliwy, ale może zostać usprawiedliwiony przez Boga – i to nie ze względu na swe dzieła i dokonania, również nie ze względu na swą wiarę, lecz tylko i wyłącznie z łaski. Bogu niech będą dzięki, że osąd naszego życia brzmi: miłość jest silniejsza od śmierci (por. Rz 8).

Doświadczenie transcendencji, „wzniesienie się ponad to, co tu i teraz”, zaufanie do „ducha boskiej natury” (Einstein) można by opisać następująco: *Nikt zaś z nas nie żyje dla siebie i nikt nie umiera dla siebie (...). I w życiu więc i w śmierci należymy do Pana* (Rz 14, 7–8). Nasze niepełne życie w rozumieniu chrześcijaństwa zostaje dopełnione przez odniesienie oraz udział w całości życia, tzn. w życiu wiecznym samego Boga. Jesteśmy uczestnikami boskiego życia. To właśnie tam swój kres znajduje cierpienie wywołane tym, co niedoskonale i nieświęte, a człowiek powraca do całości, której jest częścią.

Po tych wstępnych rozważaniach na temat *perymortalnego* duszpasterstwa osób umierających i osób w żałobie oraz po ukazaniu znaczenia komunikacji religijnej chciałbym teraz, na podstawie kilku przykładów, opisać wyniki tego związku.

Przypadek pierwszy

W szpitalu umiera pacjent z Jeny liczący sobie ok. 70 lat. Śmierci nie towarzyszyło wielkie cierpienie. Przy śmierci obecny był duszpasterz. W szpitalu znane było nazwisko osoby krewnej, do której zadzwoniono z oddziału. Była to córka w wieku ok. 35 lat, z zawodu inżynier budownictwa. Przyjechała do szpitala

ła sama, gdyż nie mógł jej towarzyszyć partner życiowy, co wyraźnie wywoływało jej smutek i zażenowanie. Na obecność osoby duchowej przy łożu śmierci ojca kobieta zareagowała bladym uśmiechem. Duszpasterz przedstawił się krótko i zapytał, czy powinien zostać. Córka zgodziła się i bardzo otwarcie opowiedziała o swoim ogromnym przywiązaniu do ojca. Nie płakała, ale pocałowała ojca w czoło. Dokonało się więc coś, co w ramach duszpasterstwa osób w żałobie nazywane jest rekonstrukcją historii życiowej zmarłego, własnej historii życia i powiązania ich ze sobą.

Kobieta mówiła cicho prawie godzinę, a jej opowiadanie przypominało medytację. Wyglądała potem na wyczerpaną i... głośno burezało jej w brzuchu. Duszpasterz zaproponował, że przyniesie jej ze szpitalnej kawiarni coś do jedzenia. Kobieta chętnie na to przystała, zapewne chciała przez chwilę побыć sama z ojcem. Duszpasterza nie było pół godziny, więc mogła w spokoju się z nim pożegnać.

Kobieta zjadła posiłek przed drzwiami szpitalnego pokoju, pytając o dalsze formalności. Duszpasterz udzielił jej informacji, zawiadomił także pielęgniarki i zaproponował kobiecie modlitwę i błogosławieństwo. Ta chętnie się zgodziła, chociaż usprawiedliwiała się, że nie została wychowana po chrześcijańsku. Było to zatem rytualne pożegnanie, ukierunkowanie na inną rzeczywistość, która w gruncie rzeczy jest niewypowiadalna, a jednak obecna. Jest to bardzo odczuwalne w takich chwilach. Kobieta była wyraźnie poruszona.

W międzyczasie przyjechał samochód zakładu pogrzebowego z Jeny. Duszpasterz wraz z krewną odprowadzili trumnę przez szpitalne korytarze. Następnie kobieta spakowała rzeczy ojca, a duszpasterz odprowadził ją do samochodu. Pożegnała się z widoczną wdzięcznością. Towarzyszenie osobie w żałobie polega tutaj na okazaniu zainteresowania i serdeczności, zaofiarowaniu swojej osoby do dyspozycji. Dzięki temu kobieta mogła się otworzyć i na swój własny sposób pożegnać z ojcem.

Przypadek drugi

Duszpasterz siedział przy łóżku staruszki (l. 80) z Lasu Turyńskiego. Rano powiedziała pielęgniarkom, że oczekuje odwiedzin swojej ukochanej wnuczki. Wnuczka (l. 17, sprzedawczyni) została zawiadomiona o stanie babci i pomimo śnieżnej zamieci przyjechała do szpitala ok. godz. 22:00. Objęła i pocałowała babcię, płakała i rozmawiała z nią. Ale babcia nie powiedziała już ani słowa. Po godzinie zmarła. Przed śmiercią staruszka czekała na swoją ukochaną wnuczkę. Potwierdził to duszpasterz, gdy dziewczyna pytała, czy babcia o niej mówiła.

Emocjonalne wsparcie ze strony duszpasterza miało dobroczynny wpływ na wnuczkę i trochę ją pocieszyło. Duszpasterz „posłużył się istniejącymi relacjami

ludzkimi i społecznymi, aby zrekompensować zaistniały brak (śmierć)”. Dziewczyna wróciła w nocy do domu.

Krótko potem napisała do duszpasterza list, w którym opisywała swoje przeżycie w drodze powrotnej z kliniki. Jadąc samochodem dwa razy całkiem wyraźnie poczuła na policzku lodowaty powiew, chociaż okno samochodu było zamknięte. Trochę ją to przstraszyło, ale wytłumaczyła sobie, że było to ostatnie dotknięcie jej babci. Od duszpasterza chciała otrzymać odpowiedź, czy coś takiego jest możliwe. Ów w swoim liście odpowiedział twierdząco.

W literaturze fachowej pisze się o formie regresji: osoby w żałobie uciekają się np. przez krótki czas do mniej skomplikowanych, irracjonalnych lub magicznych wzorców myślowych („regresja formalna”). Inni mówią o „halucynacjach”, których osoby w żałobie zwykle się boją, sądząc, że to objawy szaleństwa. Często nie mają odwagi o tym mówić, gdyż boją się społecznego naznaczenia.

W obliczu takich przypadków osobom w żałobie wielką ulgę może przynieść poinformowanie ich o możliwości pojawienia się takich symptomów, a w przypadku ich wystąpienia zapewnienie, że ich doświadczenia są „normalne”. Sam jestem zdania, że ostatecznie fenomenów tych nie da się wyjaśnić.

Przypadek trzeci

Mężczyzna cierpiący na raka żołądka, wiek ok. 55–60 lat, były profesor marksistowskiej ekonomii politycznej, codziennie odwiedza go żona. Sama doktoryzowała się w tej samej dziedzinie, z czego jest bardzo dumna. Mąż nie chce żadnych odwiedzin i wpuszcza do siebie tylko pielęgniarki. Żona z kolei stale je krytykuje i nieustannie podważa ich kompetencje. Kobieta miała epizody agresji: czasem wroga, czasem melancholijna była wielkim wyzwaniem dla pielęgniarek.

Duszpasterz zaproponował małżeństwu swoją pomoc sądząc, że i on zostanie odrzucony. Tymczasem mąż przywitał się całkiem uprzejmie i konwencjonalnie, jakby wrócił do swej dawnej roli. Żona zachowała dystans.

Duszpasterz kieruje się w takich przypadkach przekonaniem, że duszpasterstwo powinno być zwykłym doświadczeniem wzajemnej troski i duchowego wsparcia, że jest ono tak naprawdę pozbawione założeń wstępnych oraz konkretnego celu. Nie jest jednak bezzasadne, lecz ugruntowane w Pawłowej dewizie: *przyciągnijcie siebie nawzajem, bo i Chrystus przyciągnął was* (Rz 15, 7). Owo „przyciąganie” poprzedza jednak osobisty kontakt. Tylko ten, kto ma poczucie, że został dostrzeżony i zrozumiany, kto zaznał współczucia, może czuć się „przyciągnięty”.

Profesor bardzo rzeczowo i dogłębnie opowiadał o swojej pracy ze studentami. Emocje zaczął okazywać dopiero, gdy zaczął mówić o załamaniu się swego światopoglądu i utracie sensu życia. W wielu rozmowach z duszpasterzem próbował uporządkować swój uczuciowy chaos. Doszło przy tym do pytań o naturze religijnej w sensie opisanym powyżej: religia jako konstytutywne dla istnienia każdej skończonej osoby zrozumienie, że osoba ta związana jest ze źródłem i celem swej egzystencji i to w taki sposób, że musi zrozumieć granice swojego istnienia, uwzględnić je w swoim życiu, a nie wypierać.

Rzeczą nie bez znaczenia jest, że swe pytania profesor kierował do duszpasterza, który spełniał tutaj funkcję symboliczną, czyli reprezentował wymiar transcendencji. Negatywnym przykładem tego zjawiska jest strach niektórych pacjentów, którzy widząc osobę duchowną przy swoim łóżku pytają: „czy to już?“, gdyż postrzegają pastorów jako agentów zaświatów, którzy właśnie ogłaszają, że wybiła ich ostatnia godzina. Rzeczą pozytywną jest jednak to, że ludzie w obecności duchownych dostrzegają symbol obecności Bożej i prawdopodobnie mogą dzięki temu wierzyć, że Bóg nie pozostawi ich samych w śmierci i w żalobie. Literatura fachowa stwierdza w tym miejscu: „Może to odgrywać ważną rolę w rozpoczęciu procesu żaloby oraz zrozumieniu i przyjęciu straty”.

Pewnego razu ów profesor powiedział: „Gdybym wcześniej słuchał mojej pobożnej matki...” Jego żona przyglądała się tej przemianie z nieufnością powtarzając: „Przecież całe życie byłeś marksistą”. Gdy pacjent zmarł, duszpasterz zapytał, czy może odmówić modlitwę lub udzielić błogosławieństwa. Żona odpowiedziała: „Wcześniej nie byłoby to po jego myśli, ale proszę tak zrobić”. Duszpasterz nie był w stanie zniwelować tej uczuciowej ambiwalencji. Zapropo-nował wdowie, że będzie towarzyszył jej w drodze na cmentarz, ale odmówiła. Urnę z prochami na cmentarz zaniósł wraz z synem sama – nie urządzając jakiegokolwiek pogrzebu. Także ona straciła treść swojego życia – swego męża. Chciała jednak uporać się z tą sytuacją po stoicku samodzielnie. I tak pozostała w swoim nieprzepracowanym konflikcie wobec „obiektu” swoich uczuć. To spotkanie z osobą duchowną przy łożu śmierci męża było prawdopodobnie jedyną, a może i ostatnią interwencją osoby z zewnątrz, zanim wdowa pozostała ze swą żalobą sam na sam.

Do specyfiki żaloby należy również sytuacja, gdy żalobnicy wycofują się, gdyż energię życiową zużywają na procesy wewnętrzne i nie są już w stanie aktywnie nawiązywać kontaktów z innymi.

Przypadek czwarty

Pan P., w wieku nieco powyżej 40 lat, został przeniesiony do stacji opieki paliatywnej z oddziału neurochirurgii. Przeszedł wcześniej szereg operacji cza-

szki. Cierpiał na bóle głowy oraz miał kłopoty z mówieniem i chodzeniem. Regularnie odwiedzała go jego partnerka mieszkająca w Gerze. Pan P. był przy zdrowych zmysłach i bardzo cierpiał z powodu swej bezradności. Kilka razy doszło do wybuchów wściekłości, gdy jękając się, ostatkiem sił wykrzykiwał swoją złość.

Zadaniem duszpasterza było najpierw wytrzymać jego agresję i nieufność. Czasem udawało się mu uspokoić pacjenta. Chociaż pan P. należał wcześniej do partii komunistycznej i nie był członkiem żadnego Kościoła, wyraźnie życzył sobie wizyt duszpasterza. Ów poświęcał pacjentowi wiele czasu i z dużą cierpliwością – niemal jak logopeda – próbował skłonić pacjenta do mówienia o swoim życiu: rozwodzie, utracie pracy, dobrych przyjaciółach, pragnieniu bycia dobrym człowiekiem, do pytań o zło w świecie i wreszcie o istnienie Boga. Dla pacjenta ważna była też wspólna modlitwa: zawsze wydawała mu się zbyt krótka. W czasie modlitwy zamykał oczy, a po błogosławieństwie jakby się budził, a jego twarz promieniała. „Pięknie”, mówił po cichu.

Mimo to duszpasterz ciągle miał wrażenie, że pacjenta coś trapiło. Chory bał się ludzi, z którymi był niegdyś w konflikcie. Wyglądało, jakby czekał na ich wizytę. Duszpasterz porozmawiał o tym z partnerką pacjenta, która wiernie go odwiedzała, chociaż poznali się krótko przed jego chorobą. Pewnego dnia zrozumiała, że chory żałował swojej współpracy ze służbą bezpieczeństwa, w wyniku której zaszкодził pewnej kobiecie. Ciągle nawiedzał go strach związany z tym faktem. Partnerka na prośbę pacjenta opowiedziała o tym duszpasterzowi.

Pan P. poprosił duszpasterza, by ten uwolnił go od winy. Nie wystarczyły mu zwykle zapewnienia o przebaczeniu. Dopiero gdy duszpasterz zaproponował formalną, liturgicznie poprawną spowiedź indywidualną zawierającą pytania i odpowiedzi, czytanie z Biblii, rozgrzeszenie, a potem wspólne błogosławieństwo dla niego i jego partnerki w szpitalnej kapliczce przed krucyfiksem, pacjent był w stanie przyjąć przebaczenie. Była to dla niego nie tylko próba poradzenia sobie z fragmentem życia, lecz również pożegnanie z dotychczasowym życiem i spojrzenie na perspektywę wieczności.

W tym miejscu warto zauważyć, że w niedalekiej przeszłości psychoterapia oraz duszpasterstwo o orientacji psychologicznej, ukazały ludziom zsekularyzowanym znaczenie protestanckiej nauki o usprawiedliwieniu. Udało się to, gdyż psychoterapeuci i duszpasterze nie tyle głosili bezwarunkową akceptację dla każdego człowieka, który sam nie może zaakceptować siebie i swojej sytuacji (w języku tradycyjnym: usprawiedliwienie z łaski przez wiarę), lecz akceptację tę praktykowali w spotkaniach z pacjentami. Oznacza to, że już przez samą strukturę relacji duszpasterskiej oraz przez jakość postawy duszpasterza można przekazywać innym treści teologiczne bez konieczności nazywania ich po imieniu. W

tej postawie odzwierciedla się troska Boga o cierpiącego człowieka. Albowiem jądrem wiary w usprawiedliwienie jest to, że my, którzy siłą rzeczy zawadzimy z powodu naszych ograniczeń, żyjemy wszyscy dzięki przebaczeniu i pojednaniu. Pozwala to człowiekowi, by – patrząc wstecz na swe życie i relacje, pomimo wszystkiego, co było niedoskonałe – docenić możliwe i rzeczywiste dobro, miłość, poświęcenie, przywiązanie; pojednać się z tym, czego nie udało się zrealizować oraz wybaczyć zaistniałą winę.

Pan P. chciał wręcz otrzymać odpuszczenie win na piśmie, by móc go ciągle na nowo doświadczać. Przepracowanie tych problemów oraz przeżywanie związanych z tym emocji zabierało mu wiele energii i czasu. Następowало to równocześnie z jego umieraniem: codziennym pożegnaniem z życiem, rozmowami z przyjaciółką, okresem, gdy nie mógł już w ogóle mówić, a następnie w fazie *perymortalnej* – już w hospicjum.

Przypadek piąty

Chociaż zwykle zakłada się, że proces żałoby jest tym trudniejszy, im człowiek jest młodszy, to jednak duszpasterz ma w tym względzie inne doświadczenia.

Pan W. (38 lat) trzy miesiące wcześniej poślubił swoją przyjaciółkę (lat 27). Trafila na stację opieki paliatywnej z chorobą nowotworową. Kobieta miała już siedmioletniego syna z pierwszego małżeństwa, którego pan W. bardzo kochał i którym na zmianę opiekowali się dziadkowie. Chociaż pacjentka była szczegółowo poinformowana przez lekarzy o swoim stanie, nigdy nie wymawiała przy mężu słowa „śmierć”. Małżonkowie posługiwali się opisami. Mąż często zostawał u niej na noc. Za dnia pacjentka dużo spała. Pan W. opuszczał pokój co 2–3 godziny. Wówczas czekał na niego duszpasterz, z którym mąż pacjentki mógł porozmawiać o sytuacji. Pan W. (informatyk) tak naprawdę wcale nie chciał się żenić, ale cieszył się teraz z tej decyzji, bo oboje mieli wspaniałe wspomnienia ze swego uroczystego wesela. Pacjentka miała na szafce nocnej ślubne zdjęcia. Mąż mówił o sobie, że nie jest człowiekiem religijnym, a tym bardziej człowiekiem związanym z jakimkolwiek wyznaniem, ale doszedł do zdumiewającego światopoglądu, w którym śmierć odgrywała rolę niemalże oczywistą, tak że duszpasterz chętnie rozmawiał z nim o tych dojrzałych myślach.

We wspólnej rekonstrukcji sensu życia mąż pacjentki i duszpasterz byli sobie bardzo bliscy. Duszpasterstwo czerpiące z psychologii pastoralnej nie chce dzielić doświadczeń religijnych na „błędne” i „właściwe”, lecz pragnie otwierać się na specyficzne, osobiste doświadczenia wiary. Każda rozmowa między duszpasterzem a panem W. stawała się utwierdzeniem w pewności, że krótki czas

wspólnego życia jego i małżonki oznaczało ogromne szczęście. Czasem duszpasterz miał wręcz wrażenie, że to on był pocieszany.

Czasem do umierającej przychodził również synek – małżonkowie rozmawiali wtedy z dzieckiem. Młoda kobieta, skrajnie wycieńczona, zmarła w ramionach męża. Ten pod koniec życia chronił swoją żonę przed kontaktami z zewnątrz – także duszpasterz nigdy z nią dłużej nie rozmawiał – pacjentka oszczędzała siły dla swojego męża.

Gdy duszpasterz zadzwonił do pana W. w święta Bożego Narodzenia, ten był wdzięczny za pomoc. Mówił, że nie może zapomnieć tego czasu. Mimo to od niedawna ma przyjaciółkę, która bez problemu akceptuje obecność zdjęcia jego zmarłej żony w mieszkaniu. Pan W. wrócił do swego codziennego życia.

Przypadek szósty

Wytwornie wyglądająca pani około siedemdziesiątki została przywieziona na oddział ze swojego rodzimego szpitala. Cieszyła się z odwiedzin duszpasterza i opowiadała, że przeprowadziła się z północy Niemiec do Turynii, gdyż to właśnie tutaj jej synowa pracowała jako pastor. Sama pacjentka miała zdystansowany stosunek do Kościoła, ale w nowej parafii czuła się jak w domu i cieszyła się, że ma taką dobrą synową. Synowa znalazła i umeblowała odrębne mieszkanie, żeby teściowa czuła się tam lepiej niż „na Zachodzie”.

Pacjentka opowiadała, jaką była wcześniej elegancką sekretarką, jak mężczyźni uganiaли się za nią, ale że przez mężczyzn przeżyła również wiele rozczarowań, co do których jednak również ponosiła winę. Ale życzliwość duszpasterza traktowała wręcz jak wyrazy uwielbienia...

W międzyczasie w pokoju pacjentki zamieszkał jeden z dwojga synów. Duszpasterzowi powiedział, że jego żona jest pastorem, więc matka nie potrzebuje wizyt duszpasterza. Ale synowa rzadko przychodziła z wizytą: miała wiele pracy, dwójkę małych dzieci, a do duszpasterza szpitalnego odnosiła się z rezerwą, niemal ze skępowaniem, chociaż wobec swojej teściowej była bardzo czuła.

Tymczasem bezrobotny syn na dobre zadomowił się w pokoju pacjentki i zaczął wręcz nadzorować swoją matkę. Personel szpitalny przypuszczał, że syn pije. Na przyjazne próby nawiązania kontaktu ze strony duszpasterza syn zareagował obelgami, tak że duszpasterz bardzo rzadko mógł odwiedzać pacjentkę w jej pokoju.

Ponieważ jej stan coraz bardziej się pogarszał, również rozmowa z pacjentką była coraz bardziej utrudniona. Gdy w odwiedzinie przyjechał drugi syn, w pokoju matki doszło do bójki między braćmi. Wezwano synową. Gdy ta przyjechała,

spotkała się z duszpasterzem i zdradziła mu, że ma duże trudności i zastanawia się nad rozwodem, ale nie chciała o tym dłużej rozmawiać.

Następnego dnia pacjentka zmarła. Syn wyjechał zaskakująco szybko i nikt z rodziny się nie zjawił. Duszpasterz zmówił modlitwę za zmarłą i jej rodzinę, pobłogosławił zmarłą i odprowadził jej ciało do karawanu.

W tej przyjacielskiej, niemalże erotycznie zabarwionej relacji z duszpasterzem pacjentka znalazła uznanie dla swego dawnego statusu bądź też mogła jeszcze cieszyć się rolą, którą odgrywała całe swoje życie. Czasem mówiła również o śmierci, ale traktowała ją jako swoją naturalną drogę. „Cieszyłam się moim życiem i żyłam pełnią życia – nawet w okresach straszliwych rozczarowań”.

Gdy w szpitalu pojawił się syn, matka przestała się z kimkolwiek komunikować. Wizyty pielęgniarek i lekarzy traktowała z obojętnością i nie sprzeciwiała się synowi. Ona i synowa traktowały syna jak chore dziecko. Syn nie mógł odnaleźć się w Niemczech wschodnich, nie odniósł tutaj zawodowego sukcesu, źle sobie radził w środowisku parafialnym, a teraz jeszcze musiał sobie poradzić ze śmiercią matki. Ta sytuacja wywoływała w nim niewypowiedziany smutek. Wyrażał się on w napadach agresji i niekontrolowanych zachowaniach, w rozpaczliwym łkaniu (słyszonym przez pielęgniarki), a na końcu w panicznej ucieczce.

Być może słuszne jest tutaj następujące stwierdzenie: „im bardziej znacząca była zmarła osoba jako źródło emocjonalnego wsparcia, tym większa strata. Matka jest zwykle pierwszym, a w decydujących latach najbardziej znaczącym źródłem emocjonalnego wsparcia i pozytywnego wzmocnienia. Odgrywa ona jako osoba odniesienia najważniejszą rolę”.

W późniejszej rozmowie telefonicznej synowa zmarłej robiła wrażenie osoby racjonalnej i uprzejmej. Można by to opisać jako „rozdarcie między odmową a akceptacją, regresem a postępem, dezorganizacją a reorganizacją”, mówiąc inaczej była to „spiralna droga żałoby”.

Przypadek siódmy

Na stację opieki paliatywnej trafił 76-letni pacjent z Coburga. Towarzyszyła mu kobieta w wieku ok. 40 lat, która była jego partnerką życiową i wraz z nim mieszkała w domu spokojnej starości. Kobieta nie była zbyt rozmowna, raczej zamknięta w sobie, troszczyła się o swego przyjaciela i nie miała żadnych związków z Kościołem. Chory jako katolik ucieszył się z wizyty osoby duchownej. Pozwoliło mu to szybciej zdomowić się w obcym miejscu.

Mężczyzna opowiedział, że poznał się ze swą przyjaciółką przez ogłoszenie matrymonialne. Ona odeszła od swojego męża i dwójki dzieci i zamieszkała z nim. Byli ze sobą bardzo szczęśliwi.

Nocami kobieta spała w łóżku chorego i nie krępowały jej wizyty pielęgniarek. Była przekonana, że chory wyzdrowieje. Troszczyła się o niego i pielęgnowała go z czułością. On był wykształconym mężczyzną, pracował w administracji, nie miał dzieci i był po rozwodzie. Ona pochodziła z Meklemburgii, gdzie pracowała wcześniej w rolnictwie, chociaż jej delikatność wcale na to nie wskazywała.

Z czasem kobieta pojęła, że mężczyzna umiera, i zapytała duszpasterza, co teraz będzie. Robiła wrażenie całkowicie bezradnej. Wraz z resztą personelu próbowaliśmy spojrzeć na sytuację z jej perspektywy – także we wspólnych rozmowach. Pytaliśmy, czy zechce wrócić do Meklemburgii czy do Coburga.

Kobieta nie rozmawiała z nikim o swej poprzedniej rodzinie. Jej partner uznał, że jako katolik powinien zostać pochowany w Coburgu, bo „tak się należy”. Ona sama również uznała, że powinna wrócić do Coburga, nawet jeśli obawiała się wpływów byłej żony chorego. Byliśmy ich jedynymi rozmówcami. Nie odwiedzali ich żadni krewni. A oni uparcie milczeli.

Gdy chory zmarł – spokojnie i bez udziału środków uśmierzających, duszpasterz trafił do pokoju trochę później, proponując modlitwę i błogosławieństwo. Ta propozycja zdziwiła kobietę, ale przystała na nią. Przyjaciółka zmarłego była jak zwykle raczej „wycofana”, ale delikatnie gładziła rękę zmarłego, wkładając kwiaty między jego złożone dłonie.

Gdy zakład pogrzebowy odebrał ciało, kobieta pożegnała się z nami bez szczególnego wzruszenia. Na pytanie duszpasterza, co ma zamiar zrobić, powiedziała spokojnie, że wraca do Coburga, gdzie będzie spoczywać jej przyjaciel.

W ramach opieki duszpasterskiej nie udało się zrekonstruować historii życiowej ani udzielić wsparcia. Personel oferował pomoc, ale w naszym odczuciu nie udało się nam prawidłowo dotrzeć do obydwu osób, tzn. nie byliśmy pomocni, nie udało się nam uporządkować doświadczeń żaloby. Dostrzegalne od początku ograniczenie jej możliwości postrzegania, by nie mówić tu o zakłóceniach, pozostało niezmiennie, co musieliśmy zaakceptować. Również pracownicy społeczni nie byli w stanie nic tu zdziałać.

Przypadek ósmy

Jest to przykład udanego duszpasterstwa *perymortalnego*, zawierającego rekonstrukcję historii życiowej. Pan Z. z Weimaru trafił na stację opieki paliatyw-

nej z rozpoznaniem nieuleczalnego, złośliwego nowotworu. Jego bliscy nie byli zorientowani w powadze sytuacji i sprawiali wrażenie bezradnych. Nie wiedzieli też, czym jest stacja opieki paliatywnej.

W takim stanie ducha zastał ich duszpasterz. Pan Z. był znanym przedsiębiorcą budowlanym, który nie chciał przyjąć do wiadomości nagłego wybuchu choroby. Także jego żona próbowała ten fakt ignorować. Pan Z. leżał w swoim łóżku jak patriarcha, nie okazywał żadnych uczuć (prawdopodobnie chcąc oszczędzić żonę) i próbował sprawiać wrażenie osoby opanowanej. Z powodu środków przeciwbólowych dużo spał, co jednak było konieczne, gdyż bardzo cierpiał.

Żona czasem nie była w stanie przyglądać się jego cierpieniom i uciekała z pokoju. I tak dochodziło do częstych rozmów z duszpasterzem, który próbował przekonać ją do zasadności pobytu męża na oddziale. Dzięki tym rozmowom kobieta trochę się uspokoiła. Duszpasterz starał się początkowo być jedynie „rezonatorem”, który podąża za cierpiącą kobietą i wzmacnia jej emocje oraz reakcje. Dzięki temu stał się wspierającym, podtrzymującym rozmówcą, który wczuwał się w sytuację emocjonalną i reakcje żony chorego, dając tym samym pocieszenie, którego ona sama nie była w stanie sobie zapewnić.

Kobieta nie była w stanie pojąć, że jej mąż musi teraz umrzeć. Ponieważ była młodsza (miała ok. 60 lat; mąż: 78 lat), jej mąż spełniał rolę ojca, który decydował o ich życiu, rolę męża, który nosił ją na rękach, oraz rolę kochanka, którego kobieta znalazła czy też zdobyła po wielu staraniach.

Mężczyzna pochodził z północy, gdzie mieszkał z pierwszą żoną. Tam spotkała go obecna żona. Była to miłość od pierwszego spojrzenia. Gdy obydwójce chcieli ją urzeczywistnić, do sprawy włączyła się partia, która potępiła moralność towarzysza Z. i zmusiła obydwójce do wyprawdzki. Ponieważ mężczyzna jako dziecko przeżył sytuację, w której jego ojciec został aresztowany przez nazistów z powodu jakiejś lekkomyślnej politycznej uwagi i nigdy już nie wrócił, to na nowo doświadczył starej traumy. Przez dwa dni nie wychodził z domu i płakał w samotności. Doszło jednak do wewnętrznego rozstania z partią, mimo że ze strachu pozostał jej członkiem. To wydarzenie i wiele zmagania, by w nowym miejscu stanąć na nogi w swoim zawodzie i rozpocząć nowe życie z drugą żoną, bardzo zbliżyły do siebie obydwu małżonków. Nie byli oni związani z Kościołem, ale nie byli też do niego nastawieni wrogo, więc duszpasterz stał się odpowiednim partnerem, by porozmawiać o tych sprawach. W swym smutku kobieta bała się, że oszaleje, gdyż przeżywała paniczny strach przed przyszłością – bez wsparcia w ciągle jeszcze wrogim otoczeniu – oraz niewypowiedziany ból, gdyż mąż stanowił treść jej całego życia.

Emocjonalna troska i ludzkie ciepło, psychiczne wsparcie, jakiego udzielili duszpasterz, miały na nią zbawienny wpływ i stały się podstawą jej psychicznego zdrowia i poczucia własnej wartości. Albowiem coraz silniej uświadamiana strata wstrząsnęła jej poczuciem wartości i tożsamością społeczną. Widać było również, że w tej sytuacji granicznej duszpasterz jako osoba duchowna był o tyle ważny, że reprezentował ostateczny sens życia i pomagał kobiecie zadawać pytania o ten sens.

Psychologia pastoralna zwraca uwagę, że w sytuacjach granicznych między życiem a śmiercią sama obecność i postawa osoby duchownej – bardziej jeszcze niż jej działanie – wypełnia „funkcję podtrzymującą” w „przestrzeni przejścia”.

Z czasem do szpitala trafili obydwaj dorośli synowie, którzy studiowali w odległych miejscach. Dla nich umieranie „mocarnego” ojca i smutek matki były nie do pojęcia. Siedzieli po obydwu stronach łóżka gorzko płacząc.

Gdy duszpasterz wszedł pewnego razu do pokoju, młodszy syn (27 l.) kłęzczał przy łóżku jakby modląc się, zatopiony w myślach. Synowie nie byli przyzwyczajeni do kontaktów z Kościołem i dlatego dziwiła ich obecność osoby duchownej. Ale szybko to zaakceptowali, odczuwając milczące wsparcie ze strony duszpasterza: czynna opieka *perymortalna* czasem jest prawie niemożliwa, gdyż przy łóżku chorego znajdują się liczni krewni, ale również milcząca obecność duchownego przynosi dobry efekt i pozostaje zapamiętana.

Już w rozmowach przed pokojem chorego, pomiędzy panią Z. a duszpasterzem doszło do uświadomienia faktu umierania i do rozważań o kruchości własnej konstrukcji rzeczywistości oraz o interpretacji sensu własnego życia wobec spodziewanej straty: „kto pomoże mi w mojej samotności; zawsze czekałam na męża, gdy wracał z pracy; gdybym przynajmniej sama miała pracę (wcześniej pracowała na pół etatu w administracji miejskiej); moi synowie mieszkają tak daleko; kto utrzyma dom i ogród; nie znam się na sprawach urzędowych; ludzie przestaną mnie rozpoznawać, bo to mój mąż dbał o kontakty, chociaż nie mamy ich wiele, bo z powodu naszej wspólnej historii przeżyliśmy odrzucenie i świadomie wycofaliśmy się z życia towarzyskiego”...

Pewnym pocieszeniem było to, że synowie byli obecni w godzinie śmierci, a ojciec mógł im przekazać swój testament: „starajcie się zawsze być ludźmi”. Przypomniały mi się tu słowa Exupery’ego: *Człowiek nie powinien dążyć do szczęścia, ale starać się być człowiekiem.*

Potem mężczyzna szybko zmarł. Na prośbę rodziny duszpasterz odmówił modlitwę (za zmarłego, żonę, dzieci, oddział i szpital) oraz pobłogosławił pana Z. Potem mówiono „Ojcze nasz”, co podkreśliło sytuację pożegnania. I tak żona

mogła już dać zgodę, by ciało męża przewieziono do Weimaru. Nieśmiało, ale jednak serdecznie pani Z. poprosiła duszpasterza, by odprawił pogrzeb. Odczuła ogromną ulgę, gdy się zgodził. Nie chciała jakiegos obcego mówcy na pogrzebie – powiedziała, że tego by nie zniosła.

Powyżej mowa była o „podtrzymującej funkcji” duszpasterza w „przestrzeni przejścia”. Oznacza to, że duszpasterz jest wręcz predestynowany do tego, by w kontekście pogrzebu doszło do rekonstrukcji sensu życia, niezbędnej do przewycięzania żałoby. Oczywiście chodzi tutaj również o rekonstrukcję znaczenia, jakie osoba zmarła miała dla swojej rodziny i przyjaciół za życia i jakie zachowa po śmierci.

Ponieważ poprzez strukturę relacji duszpasterskiej bądź przez jakość postawy duszpasterskiej można – w sposób milczący – przekazywać teologiczne treści, dlatego liturgiczne symbole, działania i teksty spotykają się w czasie pogrzebu ze szczególnym oddźwiękiem.

Wdowa zebrała wiele materiału potrzebnego do mowy pogrzebowej. Ta praca wywarła na niej podwójny efekt. Z jednej strony odkryła rzeczy, o których już dawno zapomniała, a które wzmocniły smutek po utracie męża; z drugiej strony obudziło to jednak wdzięczność za to wspólne, cenne życie. Zebrane dokumenty rozumiała również jako testament dla obydwu synów. Teraz można było również powiedzieć publicznie rzeczy, które dotąd z racji dawnych politycznych uwarunkowań traktowane były jak tematy tabu. Dzięki temu wdowa dość szybko znalazła siły do przewycięzania bólu w sobie, nie mogąc odwołać się do wsparcia przyjaciół. Mogła za to mówić o swoich przeżyciach właśnie duszpasterzowi.

Wszystko to przyczyniło się do aktywnego „przepracowania” żałoby i doprowadziło do reorganizacji i ponownego odnalezienia się w odmienionym otoczeniu prywatnym i społecznym. Obok dni wielkiej rozpacz i długich rozmów z duszpasterzem pojawiały się dni, w których wdowa porządkowała dokumenty po mężu i przygotowywała się do remontu domu. „Mój mąż od dawna to planował. Spełniam teraz jego życzenie”.

Nie posłuchała rady duszpasterza, by teraz sama jako ochotnik włączyła się w duszpasterstwo szpitalne, ale spotykała się z innymi kobietami w żałobie, które wzmacniały jej poczucie pozycji społecznej, gdy prosiły ją o wsparcie: rozmowę, pomoc w ogrodzie czy przy załatwianiu spraw urzędowych.

Teraz wdowa realizuje się w tych działaniach i powoli przewycięza żałobę. Jest również coraz bardziej gotowa powrócić do pełni życia. Wyrazem tego jest stabilność psychiczna, silna świadomość własnego „ja” oraz działalność społeczna. Wdowa odkrywa w sobie wiedzę i zdolności, które pozwalają jej na samo-

dzielne przejęcie zadań i funkcji, którymi wcześniej zajmował się wyłącznie mąż. Jej życie ponownie nabrało sensu.

W podsumowaniu chciałbym raz jeszcze wymienić reguły duszpasterstwa osób w żałobie. Duszpasterze powinni:

- w sposób nieprzerwany pozostawać w relacji z osobami w żałobie zapewniając im swoją obecność, życzliwość i troskę;
- pomóc w rozpoznaniu i uznaniu znaczenia osoby zmarłej;
- wspierać rekonstrukcję historii życiowej zmarłego – i własnej historii życiowej, umożliwiając powiązanie tych dwóch historii;
- pomóc w uświadomieniu straty (w obliczu śmierci);
- pozwolić na uporanie się i wyrażenie związanych z tym uczuć.

Jako duszpasterz osób umierających i przeżywających żalobę w swym działaniu dzielę się z nimi następującymi osobistymi przekonaniem:

Gdy kończy się życie doczesne człowieka, nie pochłania go nicość, lecz człowiek wkraczając w pełni życia osiąga wypełnienie swego życia – jakkolwiek nie w sensie panteistycznym. Jego życie zyskuje sens i wartość nie na podstawie tego, co osiągnął i uzyskał, lecz dzięki temu, że Bóg pragnął jego życia i dopełnił go dzięki udziałowi w jego własnym wiecznym życiu. Jesteśmy uczestnikami życia Bożego.

Dawny sekretarz generalny ONZ Dag Hammarskjöld swoje wspomnienia kończy tak:

„Czym jest całe ziemskie szczęście wobec obietnicy:
tam, gdzie ja jestem, wy również będziecie”.

Tłumaczyła z j. niemieckiego: ELIZA PIECUL-KARMIŃSKA