

Prof. dr hab. med. Stanisław Luft

MEDYCYNA PASTORALNA



Wydawnictwo Archidiecezji Warszawskiej

Warszawa 2002

© Copyright by Stanisław Luft, Warszawa 2002
© Copyright by Wydawnictwo Archidiecezji Warszawskiej, Warszawa 2002

Projekt okładki:
Marcin Strzembosz

Łamanie:
Ewa Kaniewska-Pejaś

Wersja elektroniczna
dla Księgozbioru Wirtualnego
Federacji Bibliotek Kościelnych FIDES:
Magdalena Słoniowska, Adam Szprot

Za zgodą Kurii Metropolitalnej Warszawskiej
z dnia 14.09.2001 nr 3494/NK/2001

ISBN83-87802-45-X

Wydawnictwo Archidiecezji Warszawskiej
02-405 Warszawa, ul. Rybnicka 27
tel. (0-22) 863 48 35, fax. (0-22) 863 48 37
e-mail: waw@wydawnictwoaw.com.pl
www.wydawnictwoaw.com.pl

*„Kościół od zarania widział w medycynie istotną pomoc dla swej zbawczej misji wobec człowieka.
...Dzieje się tak dlatego, że służba duchowi człowieka może się w pełni urzeczywistnić tylko jako służba jego psychofizycznej jedności”.*

*Jan Paweł II; Z przemówienia do uczestników
XV Międzynarodowego Kongresu Federacji Stowarzyszeń Lekarzy Katolickich, Rzym, 3 X1982*

*Kapłanom
i przygotowującym się
do kapłaństwa*

Spis treści wersji elektronicznej

Słowo Prymasa Polski	5
1. WSTĘP	6
1.1. Pojęcie, zakres i cel studium medycyny pastoralnej	6
Bibliografia do Rozdziału 1.....	9
2. ZAGADNIENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO I ELEMENTY PSYCHOPATOLOGII 10	
2.1. Osobowość dojrzała (ze szczególnym uwzględnieniem poglądów psychologii humanistycznej).....	10
2.1.1. Pojęcie osobowości	10
2.1.2. Elementy osobowości (43, 76)	12
2.1.3. Teorie osobowości według różnych kierunków psychologicznych (42, 76)	13
2.2. Zaburzenia osobowości (27, 28, 34, 35, 60).....	17
2.3. Charakterystyka zaburzeń psychicznych (objawów psychopatologicznych) (20, 46, 60, 61, 62).....	19
2.4. Charakterystyka wybranych chorób psychicznych (psychoz) (20,60, 61, 72,84)	21
2.4.1. Schizofrenia (zespoły schizofreniczne) (gr. <i>σχίσσις</i> czyt. «schizis» - dzielenie, podział; (φρήν - czyt. «fren» - umysł).....	22
2.4.2. Zaburzenia afektywne.....	23
2.4.3. Zaburzenia psychiczne na tle organicznym (zespoły otępienne).23	
2.5. Nerwice (1, 33, 36, 60, 72, 87).....	23
2.5.1. Istota, przyczyny, czynniki usposabiające i ogólna charakterystyka kliniczna nerwic	23
2.5.2. Obrazy kliniczne różnych typów nerwic	25
2.6. Toksykomanie: uzależnienia i inne zaburzenia psychiczne w następstwie używania substancji psychoaktywnych (alkoholizm, narkomania, nikotynizm)	27
2.6.1. Uwagi ogólne.....	27
2.6.2. Alkoholizm.....	28
2.6.3. Uzależnienie od opiatów (11, 12, 13, 56, 72).....	35
2.6.4. Uzależnienia od innych narkotyków (11, 12, 13, 56).....	35
2.6.5. Udział duszpasterza w terapii osób uzależnionych.....	36
2.6.6. Nikotynizm (13, 49, 55, 56)	37
2.7. Homoseksualizm (3, 4, 5, 6).....	38
2.8. Masturbacja czyli onanizm (6)	41
2.9. Pornografia (71)	43
2.10. Jak rozumieć i oceniać różne sposoby.....	45
reagowania w kontaktach międzyosobowych? Analiza transakcji Erica Berne'a (opracowane na podstawie książki T.A. Harrisa, 25).....	45
2.10.1. Rodzic, Dorosły, Dziecko.....	45
2.10.2. Analiza transakcji	48
2.10.3. Cztery postawy emocjonalne (nastawienia życiowe) (25).....	53

2.10.4. Typy zachowań w transakcjach (wycofywanie się, rytuały, aktywności, rozrywki, gry, intymność).....	55
2.10.5. Doświadczenie religijne i zdrowie psychiczne w świetle analizy transakcji; wybór myśli (cytaty) według T.A. Harrisa (25)	56
2.11. Elementy higieny psychicznej w codziennych kontaktach międzyosobowych	57
2.12. Elementy psychoterapii (18, 30, 45, 50, 54, 63, 64, 68, 74) ..	60
2.13. Życie samotne kapłana - zagrożenia i wartości	63
Bibliografia do Rozdziału 2.....	67
3. ZAGADNIENIA DUSZPASTERSTWA OSÓB CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH	70
3.1. Różne choroby i różni chorzy.....	70
3.2. Kontakty duszpasterza z chorymi oraz organizacja pracy duszpasterskiej w szpitalach.....	73
3.3. Kontakty z osobami upośledzonymi umysłowo (3a, b, 30, 31, 32, 41).....	75
3.4. Problemy osób w podeszłym wieku (1, 36).....	77
3.5. Kontakt z umierającymi.....	80
3.6. Eutanazja	84
3.7. Oznaki śmierci człowieka (opracowane na podstawie rozdziału S. Raszei „Tanatologia ogólna”, w: 38).....	89
Bibliografia do Rozdziału 3.....	91
4. WYBRANE ZAGADNIENIA HIGIENY OGÓLNEJ WAŻNE W PRACY DUSZPASTERSTWA	94
4.1. Problemy higieny związane z udzielaniem Komunii św.	94
4.2. Zachowanie higieny przy spowiadaniu w konfesjonale	95
4.3. Wskazówki higieniczne dla kontaktujących się z chorymi zakażnie	96
Bibliografia do Rozdziału 4.....	97
5. LUDZKA PŁCIIOWOŚĆ - JEJ SENS I REALIZACJA	97
5.2. Prawidłowy rozwój ludzkiej płciowości i jego zagrożenia.....	98
5.3. Czystość życia małżeńskiego	103
5.4. Fizjologia rozrodczości.....	105
5.4.1. Budowa i funkcja prokreacyjna narządu rodowego kobiety (18, 49)	105
5.4.2. Rozwój dziecka od poczęcia do narodzin	108
5.4.3. Dolegliwości odczuwane często przez kobiety w okresie ciąży	111
5.4.4. Mechanizm porodu	112
5.5. Naturalne planowanie poczęć jako styl życia małżeńskiego .114	
5.6. Instytucje, ruchy społeczne i organizacje zajmujące się propagowaniem naturalnego planowania rodziny (36, 38, 63).....	119
5.7. Antykoncepcja i środki wczesnoporonne (istota, metody, szkodliwości).....	120
5.8. Zagadnienia aborcji	123

5.8.1. Problem człowieczeństwa poczętego życia ludzkiego	123
5.8.2. Sprzeczności w prawodawstwie polskim w określaniu człowieczeństwa poczętego życia ludzkiego	125
5.8.3. Problem zagrożenia zdrowia czy życia matki przez proces biologiczny ciąży i sprawa tzw. „wskazań lekarskich” do przerywania cięży	126
5.8.4. Fizyczne i psychiczne szkodliwości aborcji	127
5.8.5. Realne możliwości obrony życia dzieci poczętych	129
5.8.6. Sugestie i rady dotyczące działań duszpasterskich wobec kobiet, które dokonały aborcji bądź są zagrożone decyzją jej przeprowadzenia	130
5.9. Metody działań formacyjnych i metody przekazywania informacji na temat miłości, małżeństwa, rodziny, dietności - dzieciom, młodzieży, narzeczonym i małżeństwom	131
Bibliografia Rozdziału 5	134
6. WYBRANE ZAGADNIENIA Z BIOETYKI	137
6.1. Sztuczne zapłodnienie	138
6.2. Terapia genetyczna, inżynieria genetyczna, klonowanie	141
6.3. Transplantacja narządów	144
Bibliografia do Rozdziału 6	147
7. ŹRÓDŁA	149
INFORMACJA O AUTORZE	149



PRYMAS POLSKI

Warszawa, dnia 12 grudnia 2001 roku

4414/D/2001

Słowo Prymasa Polski

Zadaniem medycyny pastoralnej jest prezentacja takich zagadnień medycznych, których znajomość jest pomocna, a czasem nawet niezbędna, w pracy duszpasterskiej kapłana oraz w przybliżeniu mu pełnego obrazu antropologii chrześcijańskiej. Chodzi tu zatem zarówno o studium wybranych zagadnień medycznych, jak i odnoszących się do nich wypowiedzi i dokumentów Kościoła. Omówione w podręczniku zagadnienia stoją niejako na styku kilku dyscyplin: medycyny somatycznej, psychopatologii, etyki, różnych aspektów prokreacji, opieki nad chorym, niepełnosprawnym, starym i umierającym, higieny, a nawet teologii.

Ostatni polski podręcznik medycyny pastoralnej, autorstwa Pawła Gantkowskiego, ukazał się w roku 1927, a więc przed 74 laty. A nie trzeba chyba nikogo przekonywać, ileż od tego czasu nastąpiło zmian w dziedzinie obyczajowości (w sensie pozytywnym i negatywnym), w zakresie rozumienia sensu i zagrożeń zdrowia psychicznego i fizycznego, w zakresie metod rozpoznawania płodności i planowania poczęć, ileż pojawiło się zupełnie nowych, nieznanych dawniej problemów, jak np. zagadnienie sztucznego zapłodnienia, eutanazji, klonowania czy transplantacji narządów, jaką plagą na świecie stają się poronienia i antykoncepcja i, wreszcie, jak wielką i realną wartością i szansą są dla człowieka wnioski, płynące zarówno z rzetelnego i odpowiedzialnego wykorzystania wiedzy medycznej jak i z licznych przemyśleń i dokumentów Kościoła, który nieustannie wypo-

wiada się w tych wszystkich nowych i starych kwestiach, jakie niesie życie.

Podręcznik ten przeznaczony jest w zasadzie dla kapłanów i seminarzystów. Wydaje się jednak, że może być użyteczny także dla szerszego grona ludzi, zainteresowanych wychowaniem człowieka i kształtowaniem postaw ludzkich w duchu chrześcijańskim, np. dla pracowników poradni rodzinnych, katechetów, nauczycieli, a nawet i rodziców.

Profesor medycyny Stanisław Luft, poza pracą lekarską, jest od 1957 r. wykładowcą medycyny pastoralnej w Wyższym Metropolitalnym Seminarium Duchownym w Warszawie.

Wyrażam wdzięczność Panu Profesorowi Stanisławowi Luftowi za przygotowanie tej tak ważnej i potrzebnej publikacji i życzę, by wydała jak najlepsze owoce.

Autorowi i wszystkim czytelnikom z serca błogosławię



†Józef Kard. Glemp
Arcybiskup Metropolita Warszawski
Prymas Polski

1. WSTĘP

1.1. Pojęcie, zakres i cel studium medycyny pastoralnej

Medycyna pastoralna wiąże się w sposób istotny z celem i rolą kapłaństwa. Kapłan-duszpasterz towarzyszy człowiekowi od narodzin aż do śmierci, w zdrowiu, w chorobie i w różnych okolicznościach życiowych. Duszpasterstwo - to praca nad człowiekiem, dla człowieka i z człowiekiem.

Tak złożony i bogaty w swej naturze byt, jakim jest człowiek, nie może być rozumiany ani objęty skutecznym działaniem wychowawczym i duszpasterskim, jeśli nie zostanie dostrzeżona cała substancjalna jedność osoby ludzkiej. Jej organizm fizyczny, psychika i duchowość są nie tylko składnikami jakiejś całości, nie tylko uzależniają się wzajemnie, ale stanowią istotną jedność, której na imię „człowiek”.

Wiele dyscyplin naukowych, w tym i teologicznych, nawiązuje do tej jedności, analizuje ją i wyprowadza stąd praktyczne wnioski. Medycyna ze swej natury zajmuje się prawidłowymi i zaburzonymi funkcjami organizmu fizycznego i psychiki ludzkiej. Poza korzyścią wynikającą z leczenia chorób, medycyna może być bardzo pomocna w budowaniu pełnej wizji człowieka. Stąd też od dawna została dostrzeżona rola znajomości zagadnień medycznych dla skuteczności działań duszpasterskich i dla tych właśnie racji studium medycyny pastoralnej jest również przedmiotem nauczania w seminariach duchownych.

W poprzednich stuleciach, w warunkach niskiego - w porównaniu ze współczesnością- poziomu medycyny i organizacji leczenia, duszpasterze parafialni zajmowali się wręcz leczeniem chorych, co było zapewne pomieszaniem znachorstwa z propagowaniem pro-

stych zabiegów higienicznych (7, 15). Niektóre podręczniki „medycyny pastoralnej” (aż do początków obecnego stulecia) były streżeniem fizjologii, patologii, z uwzględnieniem rad „lekarskich” z zakresu higieny ogólnej (3, 5, 7, 14 i ryc. 1.).

Ale stopniowo, a obecnie już w pełni, łączenie duszpasterstwa z medycyną w jej ścisłym sensie zostało uznane za „mieszanie zupełnie różnych materii”. Nie pozwala na to i zdrowy rozsądek, i postęp nauki. Natomiast znajomość choćby podstawowych pojęć z zakresu fizjologii, psychologii czy patologii jest bardzo pożyteczna dla pełnego studium antropologii i dla zrozumienia człowieka w niektórych sytuacjach życiowych.

Są wszakże takie momenty, etapy i okoliczności życia ludzkiego, których ocena - również z moralnego punktu widzenia - oraz konieczne w konkretnej sytuacji działania duszpasterskie są mało skuteczne lub wręcz niemożliwe bez znajomości niektórych konkretnych taktów z dziedziny fizjologii, patologii, psychologii, psychiatrii i innych dziedzin medycyny.

Dotyczy to bardzo różnych spraw, np. wartości naturalnego planowania poczęć czy szkodliwości antykoncepcji i aborcji. Znajomość konkretnych faktów z zakresu płciowości człowieka i fizjologii rozrodczości dostarcza argumentów przemawiających za tym, iż nauczanie Kościoła w wymienionych przykładowo sprawach służy pełnemu rozwojowi człowieka, a nie jest pryncypialnie przyjętym rygorystycznym systemem zasad czy zakazów. Również w rozwiązywaniu różnych trudności psychicznych, jakie przeżywają ludzie, bardzo przydatna może być wiedza ściśle medyczna z zakresu psychologii, psychopatologii, psychoterapii i higieny zdrowia psychicznego.

Duszpasterski kontakt z chorym i z lekarzem także może być bardziej skuteczny, jeśli kapłanowi nie są obce pewne podstawowe pojęcia z zakresu zdrowia i sytuacji człowieka chorego. Nie chodzi tu o imponowanie swoją erudycją (co zresztą może mieć czasem znaczenie), ale o zrozumienie ludzkich sytuacji i ludzkich potrzeb. Zadaniem medycyny pastoralnej jest zatem prezentacja i popularyzowanie przede wszystkim takich zagadnień medycznych, których znajomość jest pomocna w pracy duszpasterskiej (10, 11,



Rycina nr 1. Strona tytułowa podręcznika medycyny pastoralnej, wydanego w Augsburgu w roku 1843, autorstwa lekarza Mathiasa Machera. Tłumaczenie tytułu: „Pastoralna wiedza o leczeniu dla duszpasterzy. Krótki zarys pastoralnej antropologii, dietetyki i medycyny, ze szczególnym uwzględnieniem sanitarnych zasad i zarządzeń, obowiązujących w cesarsko-królewskich państwach austriackich”.

12, 13, 16, 17, 18, 22). Podobnie - można by powiedzieć „współczesnie” - wypowiedział się w roku 1927. na temat zakresu i celu medycyny pastoralnej ks. Zygmunt Kozubski, profesor teologii moralnej na Wydziale Teologicznym Uniwersytetu Warszawskiego, a po wojnie także w Metropolitalnym Seminarium Duchownym w Warszawie (6). Tematykę tego przedmiotu stanowią zatem przede wszystkim zagadnienia sensu i realizacji ludzkiej płciowości, miłości, małżeństwa, rodziny, fizjologii rozrodczości, wybrane zagadnienia psychopatologii i troski o zdrowie psychiczne, zagadnienia kontaktu z chorym, niepełnosprawnym i umierającym oraz wybrane zagadnienia higieny ogólnej, ważne w pracy duszpasterskiej.

Odnosnie do wielu zagadnień składających się na przedmiot medycyny pastoralnej, trudno jest wytyczyć ścisłą granicę między problematyką omawianą w ramach fizjologii, psychologii, a także teologii moralnej. Powtarzanie się i wzajemne wkraczanie na pogranicza tych dziedzin jest zatem nieuniknione, ponieważ człowiek, którym zajmują się te dyscypliny, jest - jak już to było powiedziane - bytem bardzo złożonym i niepodzielnym. O odrębności tych dyscyplin decyduje jedynie specjalistyczny dobór zagadnień, a niekiedy tylko wyakcentowanie i specjalistyczne spojrzenie na ten sam problem.

* * *

Przygotowanie do kapłaństwa, do wypełniania zadań duszpasterskich wiedzie poprzez studia i pracę formacyjną.

Medycyna pastoralna nie może być tylko zbiorem informacji i przedmiotem studiów, ale musi pełnić również rolę formacyjną poprzez udział w budowaniu chrześcijańskiej koncepcji człowieka. Połączenie dwóch słów, tworzące nazwę tego przedmiotu, wydaje się dobrze oddawać tę myśl: „medycyna” - a więc owoc ludzkich dociekań biologicznych - ma służyć „pastoralnej” działalności kapłana przez budowanie wizji antropologii chrześcijańskiej i przez pomoc w pracy duszpasterskiej. Medycyna pastoralna nie jest przeto dyscypliną wyłącznie świecką, ale jest działem wiedzy wspomagającym nauki teologiczne.

Nie wydaje się celowe (i to z wielu powodów) podtrzymywanie

tradycji dawnych, niezwykle obszernych podręczników medycyny pastoralnej, które były -jak już wspomniano - streszczeniem wszystkich działów medycyny. Współczesne przemiany cywilizacyjne i kulturowe stawiają zresztą przed Kościołem pilne zadanie skupienia się na zasadniczych i palących kwestiach pełnego rozwoju człowieka i przeciwstawianiu się aktualnym zagrożeniom tego rozwoju.

* * *

W polskim piśmiennictwie ukazało się w dwudziestym stuleciu kilka opracowań podręcznikowych medycyny pastoralnej: Józefa Pelczara w 1900r. (II wyd. 1907.) (14), Juliana Czarneckiego w 1905 r. (3) i Pawła Gantkowskiego w 1927 r. (5). Czwarte opracowanie - to skrypt pt. „Medycyna pastoralna”, przygotowany w roku 1960 przez ks. Jana Mokrzyckiego z Gdańska, niestety tylko w maszynopisie (9). Zakresem tematyki maszynopis ten obejmuje kompleksowo wiele najbardziej współczesnych zagadnień, nawet takie, jak np. sztuczne zapłodnienie.

Skrypt ks. Mokrzyckiego różni się od dawnych podręczników tym, iż właśnie nie jest streszczeniem „całej medycyny”, ale omawia wybrane zagadnienia somatyczne i psychopatologiczne, których znajomość jest przydatna w pracy duszpasterskiej.

* * *

Problemom medycyny pastoralnej jako przedmiotu studiów ważnego w przygotowaniu do kapłaństwa były także poświęcone ważne sympozja.

W czerwcu roku 1966 o. Karol Meissner OSB zorganizował w Łodzi „Spotkanie Wykładowców Medycyny Pastoralnej” z terenu całej Polski. Było ono okazją do skonfrontowania programów i metod ich realizacji w seminariach duchownych w Polsce.

Rolę takich sympozjów spełniły także - w zakresie ściśle zarysowanej tematyki - dwie Ogólnopolskie Sesje Naukowe lekarzy (głównie wykładowców medycyny pastoralnej) i teologów (przeważnie wykładowców teologii moralnej). Pierwsza sesja w dniach 8-9 lutego 1975 roku dotyczyła „Specjalistycznych aspektów pro-

blemu przerywania ciąży”, (20), a druga - 7-8 lutego 1976 roku - poświęcona była „Specjalistycznym aspektom problemu antykoncepcji”(21). Inicjatorem, organizatorem i aktywnym uczestnikiem tych sesji, które odbyły się w Krakowie, był ówczesny Metropolita Krakowski, kardynał Karol Wojtyła, przy udziale dr Wandy Półtawskiej, profesora Instytutu Rodziny Papieskiej Akademii Teologicznej w Krakowie. Spotkania tego rodzaju są tam kontynuowane.

Pierwsze międzynarodowe sympozjum poświęcone medycynie pastoralnej („Primum Medicinae Pastoralis Symposium”) odbyło się w dniach od 26 do 29 września 1983 roku w Instytucie Filozoficzno-Teologicznym Opactwa Zakonu Cystersów w Heiligenkreutz pod Wiedniem w Austrii (17, 18). Uczestniczyło w nim 14 osób z 5 krajów (z Niemiec, Austrii, Jugosławii, Polski i Włoch), w tym 3 osoby z Polski. Organizatorem i gospodarzem tego sympozjum był dr med. Gottfried Roth, znany profesor medycyny pastoralnej na Uniwersytecie Wiedeńskim. Jego prywatne mieszkanie jest siedzibą „Archivum Medicinae Pastoralis Internationale”, a zawartość jednej z półek jego prywatnej biblioteki stanowi zbiór książek na temat medycyny pastoralnej ze wszystkich krajów, w tym również podręczników polskich.

* * *

Rozwój medycyny, przemiany obyczajowe i przekształcenia w mentalności ludzkiej są źródłem pojawiania się ciągle nowych problemów, stanowiących wyzwanie także dla medycyny pastoralnej.

Nowe i bardziej aktualne, podręcznikowe ujęcie tego przedmiotu wydaje się przeto celowe. Autor podejmuje niniejszym próbę sprośnięcia temu zadaniu po ponad czterdziestoletnim okresie prowadzenia wykładów z tego przedmiotu w Wyższym Metropolitalnym Seminarium Duchownym w Warszawie (od 1957 roku). Dobór zagadnień i sposób ich prezentowania ulegały w ciągu tego długiego czasu znacznym modyfikacjom, będącym nie tylko efektem przemysłów i doświadczeń wykładowcy, lecz także wyjściem naprzeciw nowym i zmieniającym się problemom współczesnego życia.

Zalecenie Chrystusa: „Idźcie na cały świat i głosście Ewangelię...” (Mk 16, 15) odnosi się chyba nie tylko do przestrzennych wymiarów

świata, ale i do jego wymiarów czasowych, w ramach których świat nieustannie zmienia się i przekształca.

Pracy nad coraz lepszym, bardziej celowym i bardziej odpowiadającym współczesności ujęciem przedmiotu medycyny pastoralnej nigdy zatem nie można uznać za zakończoną, tak jak stale nie zakończony jest rozwój i przemiany życia każdego człowieka i całego świata.

Bibliografia do Rozdziału 1

1. Allwohn Adolf: *Evangelische Pastoralmedizin. Grundlegung der heilenden Seelsorge*. Evangelisches Verlagswerk, Stuttgart 1970;
2. Capellmann Carl, Bergmann W.: *Pastoral - Medizin*. Paderborn, 1923, wyd. XIX;
3. Czarnecki Julian: *Medycyna pastoralna. Podręcznik dla kleru katolickiego*. Wyd. nakładem autora, Gniezno 1905;
4. Delorenzi Enzo: *Medicina pastorale* (2 tomy). Marietti Editori, Casali 1967;
5. Gantkowski Paweł: *Medycyna pastoralna oraz podstawy higieny codziennego życia w stosunku do duszpasterstwa i parafii*. Księgarnia św. Wojciecha, Poznań - Warszawa - Wilno - Lublin 1927;
6. Kozubski Zygmunt, ks.: *Co to jest medycyna pastoralna?* Przegląd Katolicki 1927, 65 (6), nr 30, s. 466;
7. Macher Mathias: *Pastoral - Heilkunde für Seelsorger. Eine kurzgefasste Pastoral - Anthropologie, Diätetik und Medizin mit besonderer Rücksicht auf die, in den k. k. österreichischen Staaten geltenden Sanität - Geseze und Ferordnungen*. Math. Rieger, Augsburg 1843;
8. Masellis Francesco: *Argomenti di medicinapastorale*. Edizioni Salcom 1981;
9. Mokrzycki Jan, ks.: *Medycyna pastoralna* (maszynopis). Gdańsk 1960;
10. Niedermeyer Albert: *Compendium der Pastoralmedizin*. Verlag Herder, Wien 1953;
11. Niedermeyer Albert: *Compendium of Pastoral Medicine*. New York 1960;

12. Niedermeyer Albert: *A Compendium of Pastoral Hygiene*. New York 1963;
13. Niedermeyer Albert: *Handbuch der speziellen Pastoralmedizin*. Verlag Herder, Wien, t. I: *Das menschliche Sexualleben* - 1949; t. II: *Ehe - und Sexualleben* - 1950; t. III: *Schwangerschaft, Abortus, Geburt* - 1950; t. IV: *Der ärztliche Eingriff* - 1951; t. V: *Seelenleiden und Seeleneheilung* - 1952; t. VI: *Sterben und Tod* - 1952;
14. Pelczar Józef, ks.: *Medycyna pastoralna*. Drukarnia Katolicka Józefa Chęcińskiego, Lwów 1900 - wyd. I, 1907 - wyd. II;
15. Pompey Heinrich: *Die Bedeutung der Medizin für die kirchliche Seelsorge im Selbstverständnis der sogenannten Pastoralmedizin. Eine bibliographisch - historische Untersuchung bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts*. Untersuchungen zur Theologie der Seelsorge, Band 23; Herder, Freiburg - Basel - Wien 1968;
16. Roth Gottfried: *Authentische Pastoralmedizin*, w: *Glaube und Politik*. Red.: H. W. Kaluza, H. F. Kock, H. Schambeck. Duncker und Humblot, Berlin 1991, s. 339-352;
17. Roth Gottfried: *Wesen, Aufgaben und Stellung der Pastoralmedizin*. Arzt und Christ 1983, 29(4), s. 181 - 189;
18. Roth Gottfried: *Lehrpläne der Pastoralmedizin in Europa*. Arzt und Christ 1983, 29(4), s. 190- 196;
19. Soria Jose Luis: *Questioni di medicina pastorale*. L' Aquila 1969
20. *Specjalistyczne aspekty problemu przerywania ciąży*. Ogólnopolska sesja naukowa lekarzy i teologów, 8. - 9. II 1975. Polskie Towarzystwo Teologiczne, Kraków 1977;
21. *Specjalistyczne aspekty problemu antykoncepcji*. Materiały Sesji Naukowej Lekarzy i Teologów, 7-8. II 1976. Polskie Towarzystwo Teologiczne, Kraków 1980;
22. Szentmártoni Mihály SJ: *Psychologia Pastoralna*. Wydawnictwo WAM, Kraków 1995;
23. Zavalloni Roberto OFM: *Compendio di psicologia pastorale*. Casale 1968.

2. ZAGADNIENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO I ELEMENTY PSYCHOPATOLOGII

2.1. Osobowość dojrzała (ze szczególnym uwzględnieniem poglądów psychologii humanistycznej)

„Paradoks egzystencji ludzkiej tkwi w tym, że z jednej strony człowiek jest istotą realną, a ciągle wybiega w świat marzeń i utopii, jest istotą społeczną, a hodzi w sobie, zachowania anarchistyczne, ceni wartości moralne i religijne, a stale buntuje się także przeciwko nim, i mówi o ideałach prawdy, sprawiedliwości i miłości, a w praktyce często idzie za fałszem, kieruje się niesprawiedliwością, nieuczciwością.

Kim jest człowiek i jaki jest jego cel rozwoju - to nadal zadanie nie tylko dla psychologów czy filozofów, lecz dla każdego, kto pragnie rozwijać się ku dojrzałej osobowości.

Człowiek «nie jest nigdy w pełni», lecz wciąż «staje się»,.

ks. CZESŁAW CEKIERA, 11

2.1.1. Pojęcie osobowości

Pojęcie osobowości można zdefiniować najogólniej jako układ względnie stałych cech i mechanizmów psychicznych regulujących zachowania człowieka i przebieg jego procesów psychicznych, a więc nadających jego przeżyciom, zachowaniom i postawom znamiona indywidualności, tożsamości i względnej stałości.

Na osobowość składa się zatem nie sam zestaw cech psychicznych, ale sposób powiązania i zespolenia tych elementów. Tej indy-

widualnej, odrębnej u każdego człowieka integracji i regulacji podlegają zarówno procesy wewnętrzne, jak i przystosowanie się do środowiska.

Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) osobowość to „*zespół trwałych wzorców myślenia, odczuwania i zachowań, charakteryzujący indywidualny styl życia i sposób adaptacji jednostki*”. (1, s. 101)

Określenia powyższe są ogólnikowe, a także bardzo rozmaicie rozumiane i interpretowane przez zwolenników różnych teorii psychologicznych. Chodzi tu przecież o tak skomplikowany i trudny do poznania, zrozumienia i badania byt, jakim jest człowiek, „osoba” - i to sfera jego psychiki, która zresztą istnieje i funkcjonuje w kontekście zjawisk biologicznych i społecznych.

Ale nie tylko to skomplikowanie przedmiotu zainteresowania, jakim jest człowiek, decyduje o rozbieżności zdań co do pojęcia osobowości. W większym chyba stopniu o rozbieżności tych poglądów decyduje fakt, iż myślenie o człowieku, o jego osobowości, jest uwarunkowane założeniami światopoglądowymi i naukowymi, a w tym nie tylko psychologicznymi, ale i filozoficznymi.

Według psychoanalizy funkcjonowanie człowieka jest zdeterminowane podświadomymi siłami popędowo-emocjonalnymi.

Behawioryzm uważa człowieka za układ reaktywny, utrzymujący stan wewnętrznej równowagi poprzez reakcje na bodźce płynące ze środowiska, które zatem sterują postępowaniem człowieka.

Według psychologii humanistycznej, przeciwstawiającej się biologiczycznemu i mechanistycznemu obrazowi człowieka, jest on układem względnie niezależnym, aktywnie przystosowującym się do otoczenia i zdecydowanie rozwijającym się, realizującym własne możliwości, zdolności, potrzeby i wartości.

Zgodnie z kierunkiem psychologii kognitywnej człowiek to przede wszystkim układ poznawczy, przetwarzający i stosujący w praktyce informacje uzyskane w toku poznawania otoczenia.

Z tych różnych założeń teoretycznych dotyczących spojrzenia na człowieka wynikają konsekwencje, mające znaczenie dla rozumienia człowieka, perspektyw jego rozwoju, poczucia wartości i sensu życia oraz utrzymania przez niego równowagi psychicznej.

Obraz osobowości tworzą zarówno cechy wrodzone, jak i nabyte w kontaktach z otoczeniem, przy czym mają tu znaczenie nie tylko same zewnętrzne bodźce i przyjęte informacje, ale indywidualny sposób ich odebrania i przeżycia. Niepoślednią rolę odgrywają także reakcje emocjonalne.

Obraz osobowości kształtuje się przez całe życie, od najwcześniejszego dzieciństwa aż do starości. W toku tego procesu mogą rozwijać się i ulegać przemianom zarówno cechy pozytywne i wartościowe dla samej jednostki i społeczeństwa, jak i cechy negatywne.

Rozwój uczuć wyższych i dodatnich cech osobowości, nabywanie umiejętności w rozwiązywaniu różnych problemów życiowych, a więc dojrzewanie osobowości - nie jest możliwe bez samowychowania, bez świadomego wysiłku w pracy nad sobą - co podkreślają psycholodzy humanistyczni. Świadomość tego procesu i aktywny wpływ na jego przebieg jest przejawem dojrzewania (dojrzałości).

W różnych okresach życia człowieka rozwojowi i dojrzewaniu osobowości mogą zagrażać rozmaite czynniki, sprzyjające zresztą także występowaniu zaburzeń nerwicowych. We wczesnym dzieciństwie niezaspokojenie potrzeb emocjonalnych, zwłaszcza ze strony matki, jest przyczyną upośledzenia u dziecka poczucia bezpieczeństwa, rodzi reakcje lękowe i nieufność. U dzieci kilkuletnich nadmierna krytyka ze strony otoczenia, przesadne wymagania, a także nadopiekuńczość - mogą upośledzać samodzielność i poczucie tożsamości bądź też wywoływać poczucie małowartościowości, rekompensowane czasem agresją dziecka lub prowadzące do jego bierności.

Trudnym okresem życia - jeśli chodzi o rozwój osobowości - jest przeżywany czasem burzliwie okres pokwitania, dorastania. Przechodzenie od dzieciństwa do dorosłości, do osiągnięcia dojrzałości fizycznej, intelektualnej, emocjonalnej, społecznej, moralnej - jest czasem stosunkowo krótkim. W tej fazie życia często dochodzi do różnych napięć, wynikających z trudności w sprostaniu własnym ambicjom, zainteresowaniom, pragnieniom, dążeniom - bądź w spełnieniu wymagań otoczenia społecznego (szkoły, rodziców).

Ale również w średnim czy starszym wieku rozwój osobowości mogą modyfikować czy wręcz zaburzać zarówno doświadczenia

przeszłości, jak i przeżywane aktualnie trudności, niepowodzenia czy kryzysy emocjonalne, a także inne okoliczności.

Człowiek broni się przed wszystkim, co zagraża jego integralności i stabilności i przed związanymi z tym negatywnymi emocjami. Nie zawsze udaje się to osiągnąć drogą bezkonfliktowych, racjonalnych i „uporządkowanych” działań. Obrona ta przybiera czasem formę świadomej i wymierzonej „na zewnątrz” agresji. Niekiedy jednak dochodzi do uruchomienia podświadomych mechanizmów obronnych, skierowanych ku samemu sobie. Jest wiele form takich mechanizmów, jak np.: wypieranie prawdy ze świadomości, fantazjowanie (także jako ucieczka od trudnej sytuacji), identyfikacja, tj. przyswojenie cech innego człowieka, intrajekcja czyli przyjęcie czyichś norm za własne, projekcja - przypisywanie innym osobom własnych negatywnych cech, reakcja pozorowana (która jest mylącym uzewnętrznianiem postaw i poglądów wewnętrznie odrzucanych), racjonalizacja, tj. kłamliwe usiłowanie logicznego na pozór uzasadnienia własnych negatywnych cech czy postępowania, regresja oznaczająca cofnięcie się do wcześniejszego (wręcz dziecięcego) stylu przeżywania i zachowania i inne (1, s. 151; 43, s. 191).

Mechanizmy obronne bywają źródłem zaburzeń nerwicznych bądź przyczyniają się do ich utrzymywania się.

* * *

Każdy człowiek, nie tylko psycholog czy inny profesjonalista, może mieć własny pogląd na to, czym jest osobowość, co ją tworzy i warunkuje i jak się ona przejawia. Ten własny pogląd, nie zawsze wyraźnie uświadamiany i precyzowany, jest owocem doświadczeń i obserwacji życiowych, własnych przeżyć i reakcji psychicznych, jak również wiedzy o świecie, o ludziach i o sobie samym.

Zarówno te prywatne, intuicyjne hipotezy dotyczące osobowości, jak i teorie naukowe, różnią się między sobą w ocenie i roli ważnych elementów osobowości: motywacji postępowania, rozumienia ludzkich potrzeb, roli i wyboru wartości, dynamiki postawy życiowej, popędów, temperamentu i innych.

2.1.2. Elementy osobowości (43, 76)

Pojęcie **dynamiki** osobowości odnosi się do pozytywnych czy negatywnych zmian, jakim podlega osobowość, uwarunkowanych zarówno inicjatywą samego człowieka, jak i wpływami środowiskowymi.

Pojęcie **popędu** bywa różnie rozumiane i interpretowane: jako ściśle fizjologiczna siła aktywizująca ludzkie zachowania, utożsamiana czasem z instynktem, co wyraża ponadto jej ukierunkowanie. Popędy bywają źródłem działań impulsywnych, zmierzających do osiągnięcia przyjemności.

Temperament jest uwarunkowanym biologicznie i dziedzicznie - a więc dość stałym - zespołem cech psychicznych, ujawniających się w reakcjach ruchowych i emocjonalnych.

Potrzeby - bardzo istotny element osobowości - oceniane są bardzo rozmaicie przez różne kierunki psychologiczne. Psychoanalitycy akcentują potrzebę osiągnięcia równowagi przez zaspokojenie woli przyjemności (Z. Freud) i woli mocy (A. Adler), podczas gdy pionierzy psychologii humanistycznej głoszą, że twórcza i zdrowa osobowość zmierza do osiągnięcia celów życiowych i wartości ze względu na potrzebę samorealizacji (E. Fromm) i samoaktualizacji (A. Maslow, 47).

Maslow zestawia potrzeby ludzkie według określonej hierarchii:

- 1) potrzeby niedoboru:
 - a) fizjologiczne (głodu, pragnienia, snu, doznań zmysłowych),
 - b) bezpieczeństwa osobistego (opieki, wolności od strachu i lęku),
 - c) afiliacji (miłości, czułości, przynależności);
- 2) potrzeby rozwoju czyli samorealizacji (metapotrzeby):
 - a) szacunku dla siebie (osiągnięć i prestiżu),
 - b) wiedzy i rozumienia świata,
 - c) potrzeby estetyczne i religijne.

Motyw jest tym elementem, który pobudza człowieka do działania w określonym celu lub kierunku. Motywy mogą być świadome lub nieświadome, biologiczne (wrodzone) i psychogenne (nabyte).

Chęć doznania przyjemności była motywem zarówno w starożytnym hedonizmie, jak i w teorii Freuda.

W świetle psychologii humanistycznej istnieją motywacje nie zdeterminowane biologicznie, a najważniejsze motywy u człowieka dojrzałego, a więc zdrowego psychicznie, ukierunkowują go ku spełnieniu celów i aspiracji życiowych.

Postawy. Różne szkoły psychologiczne kładą nacisk na rozmaite aspekty postaw ludzkich, a więc sposobów ustosunkowania się do samego siebie i do różnych zjawisk i koncepcji w świecie otaczającym, z różnym zaangażowaniem sfery emocjonalnej i rozumowej. Jung rozróżnia postawę introwersji, ukierunkowanej do sfery przeżyć subiektywnych oraz postawę ekstrawersji, zorientowaną do świata zewnętrznego.

Behawioryzm podkreśla zależność postaw od bodźców płynących ze środowiska.

Zróżnicowanie ludzkich postaw może być także pochodną tego, czy człowiek kieruje się raczej intelektem, czy przede wszystkim emocjami.

Postawy ludzkie są na ogół cechą stałą. Zdarzają się jednak ludzie o postawach chwiejnych.

Wartości. Wartościami są podmioty, przedmioty, sprawy, które obdarzają sensem ludzkie życie.

Psychoanalitycy i behawioryści nie wyróżniają tej kategorii pojęć, uznając jedynie pewne rzeczy, zjawiska, przeżycia za wartościowe.

Wyjątkowo znaczącą pozycję przypisuje wartościom psychologia humanistyczna, która podkreśla, że wartości są przedmiotem moralnego wyboru człowieka.

Murray wymienia jako wartości ludzkie: dobre poczucie fizyczne, posiadanie koniecznych rzeczy, autorytet, poczucie więzi międzyludzkich, rozumienie, piękno, ideologię, religię.

Maslow w swojej filozofii wartości za największą wartość uważa prawdę.

Wartości i sens życia są podstawowymi pojęciami w analizie egzystencjalnej Frankla.

Charakter - to zespół cech osobowości, stanowiących podstawę do etycznej oceny danej osoby - jak sugeruje Allport; według tego przedstawiciela nurtu humanistycznego charakter należy określać jako osobowość w aspekcie wartości (2).

Elementy takiej interpretacji charakteru spotyka się niemal we wszystkich kierunkach psychologicznych. U Freuda widać to w poczuciu winy jako następstwie postępowania człowieka niezgodnego z „ja idealnym”.

Adler wskazuje na dążenie do doskonałości człowieka, przyjmującego nawet cele fikcyjne.

2.1.3. Teorie osobowości według różnych kierunków psychologicznych (42, 76)

2.1.3.1. Psychoanaliza

Według twórcy tej teorii Z. Freuda w strukturze osobowości istnieją trzy sfery:

- id (ono) to będące źródłem energii nieświadome popędy (libido) i konflikty wyparte ze świadomości;
- ego (ja) - źródło dowolnych działań i decyzji, wykształcone w toku rozwoju indywidualnego, wykorzystujące zarówno wyuczoną zdolność do orientacji w otoczeniu, jak i poddane wpływom własnych struktur psychicznych („id” i „superego”), ale i regulujące te struktury;
- superego (nadjaźń), w którym rozróżniane są dwie podstruktury: sumienie i „ja idealne”; superego, będące w stałym konflikcie z „id” - to wyuczone w rozwoju indywidualnym i przyjęte jako własne - normy i wymagania społeczne.

Według Z. Freuda tłumienie zaspokojenia nieświadomych popędów z racji przyjętych norm społecznych czy moralnych prowadzi do nerwicy.

Zgodnie z tym ewolucjonistycznym podejściem psychoanalizy i w związku z jej przekonaniem, że człowiekiem rządzą nieświadomo-

me popędy, rozwój jednostki ludzkiej jest - w świetle tej teorii - silnie zdeterminowany. Chociaż normy moralne czy społeczne mogą rzeczywiście odgrywać rolę hamulca wobec pragnienia doznania jakiegś przyjemności, to jednak trzeba stwierdzić (krytycznie wobec teorii Freuda), że neurotyzujący efekt takiej restrykcji może dotyczyć tylko takich ludzi, którzy traktują te normy w sposób nieintelektualny, zmysłowy, a więc ludzi niedojrzałych. U dzieci może to być naturalne, a u dorosłych jest wyrazem niedojrzałej osobowości: przecież dojrzała i racjonalna kontrola nad popędami i emocjami nie determinuje bezwzględnego efektu neurotycznej represji. Niedostrzeżenie tej różnicy jest błędem teorii Freuda. „*U osoby dojrzałej bowiem rozum z szacunkiem wsłuchuje się w uczucia, a wola wsparta wiedzą, czerpaną z rozumu, sama podlega bodźcom i poruszeniom ze strony uczuć*” (AA. Terruwe i C.W. Baars, 78/

W obrębie szkół psychodynamicznych (psychoanalitycznych), cechujących się podejściem ewolucjonistycznym, pojawiają się kierunki odbiegające od klasycznej psychoanalizy Freuda, jak np. psychologia głębi K.G. Junga, podkreślająca komplementarność nieświadomości i świadomości, indywidualizację i całościowe ujęcie człowieka oraz wzbogacająca typologię osobowości o pojęcia: introwertyzmu i ekstrawertyzmu.

Z praktycznych względów warto tu wspomnieć o analizie transakcyjnej Erica Berne'a ułatwiającej zrozumienie i interpretację zachowań własnych i innych ludzi (25).

2.1.3-2. Teoria behawiorystyczna (teoria zachowania) (83)

W przeciwieństwie do teorii psychodynamicznych, behawioryzm uważa za nierealne i niesprawdzalne badanie zjawisk psychicznych i stanów doznawanych subiektywnie. W świetle tej teorii obserwacji mogą podlegać tylko zachowania człowieka jako istoty reaktywnej, a więc jedynie reagującej na bodźce świata zewnętrznego („bodziec - reakcja”). Przedmiotem zainteresowania tej teorii jest przeto również proces uczenia się przez człowieka odpowiednich reakcji,

czy to przez obserwację „wzorców”, czy przez tzw. wzmocnienia, wygaszenia i inne. Ten kierunek psychologiczny sugeruje możliwości manipulowania człowiekiem.

Ta skrajnie sensualistyczna teoria nie zajmuje się problemami uwarunkowań biologicznych w występowaniu określonych reakcji na bodźce. Pojęcia godności czy wolności człowieka pozostawia niemalże w obrębie fikcji. Pionierem behawioryzmu był J.B. Watson (83).

2.1.3.3. Teorie humanistyczne (2, 8, 15, 17, 18, 42, 43, 47, 48, 57, 58, 62, 67, 76, 81)

Teoria humanistyczna, której pionierem byli Abraham Maslow i Carl Rogers (47, 48, 67), stanowiła reakcję na poprzednie kierunki: psychoanalizę i behawioryzm.

Maslow zarzucał tym dwóm kierunkom, że są pesymistyczne, negatywne i zawężające koncepcję człowieka. Żadna z tych dwóch szkół nie przyczyniła się także do wyjaśnienia, czym jest twórcza i zdrowa osobowość, czym jest „zdrowie psychiczne”.

Psychologia humanistyczna akcentuje podmiotowy charakter ludzkiej egzystencji oraz przeciwstawia się biologizmem i mechanistycznemu obrazowi człowieka.

Według psychologów humanistycznych istota ludzka jest z natury dobra i delikatna i należy pomagać jej w rozwoju, kładąc nacisk na „tu i teraz” oraz na wytworzenie relacji „osoba z osobą” w miejsce dominującej relacji „autorytetu” czy „terapeuty”.

Wbrew poprzednim teoriom psychologicznym, wyolbrzymiającym determinację popędów czy środowiska, teoria psychologiczna akcentuje rolę ludzkiej aktywności i woli oraz zdolności do przekraczania ograniczeń w realizacji wartości, celów i sensu życia.

Maslow uważał, że psychologia nie może odcinać się od filozofii.

Podejmując temat ludzkiej kondycji i aspiracji człowieka Maslow dostrzega wartość filozofii egzystencjalistycznej (58), wskazującej na potrzebę poczucia sensu życia.

Maslow wskazuje także na istotną - dla dojrzałej osobowości - rolę wartości duchowych i religijnych, określając je jako „meta-po-

trzeby” (wg 42). Brak tych wartości w życiu ludzkim prowadzi - według Masłowa - do szczególnej patologii, którą nazywa „meta-patologią”.

Według psychologii humanistycznej „twórcza i zdrowa osobowość to taka, która dąży do celów i wartości nie ze względu na potrzebę równowagi, jak głosi nowoczesna psychoanaliza, tylko ze względu na potrzebę samorealizacji i samoaktualizacji” (M. Szentmártoni, 76, s. 26).

Maslow przeprowadził wnikliwe badania licznej grupy osób, które spełniały przyjęte przez tego autora kryteria zaawansowanego uczestnictwa w procesie samorealizacji. W wyniku tych badań wyodrębnił cechy psychiczne osób samorealizujących się. Wykaz tych - wyszczególnionych poniżej - cech stanowi niejako opisową charakterystykę twórczej, zdrowej, dojrzałej osobowości (47, s. 212). Są to:

- sprawna percepcja rzeczywistości i trafne oceny;
- akceptacja siebie, innych, otoczenia, przyrody;
- naturalność, prostota, spontaniczność, świeżość uczuć;
- umiejętność koncentrowania się na problemie;
- potrzeba samotności, zwłaszcza dla skoncentrowania się na przedmiocie zainteresowań;
- autonomia, samodzielność w podejmowaniu decyzji, panowanie nad sobą niezależnie od okoliczności i od innych ludzi;
- umiejętność cieszenia się codziennością;
- zdolność przeżywania doświadczenia mistycznego i radości życia, dążenie do dobra;
- potrzeba miłości i odczuwania wspólnoty z ludźmi;
- trwałe, głębokie i udane związki interpersonalne, niekoniecznie liczne;
- szacunek dla innych bez względu na wszelkie odmienności;
- umiejętność rozróżniania dobra od zła i środków od celów;
- filozoficzne, niezłośliwe poczucie humoru;
- uprawianie twórczości (w najogólniejszym sensie);
- nieuleganie biernie temu, co napływa bądź jest narzucane, opór wobec inkultracji;

- posiadanie systemu wartości (filozofii, religii) integrującego życie ludzkie.

Jako psychologa zorientowanego humanistycznie należy wymienić Wiktora Frankla (21, 58, 62), twórcę analizy egzystencjalnej, tzw. III Wiedeńskiego Kierunku w Psychoterapii. Według Frankla człowiek jest istotą walczącą o wartości i sens istnienia. Kierunek ten przyjmuje istnienie w człowieku trzech warstw (i odpowiadających im grup wartości): biologiczno-fizjologicznej, psychologicznej i duchowej, czyli noetycznej, a w warstwie duchowej podkreśla znaczenie zjawisk: wolności, odpowiedzialności oraz dążenia do sensu i wartości. Brak poczucia sensu życia, określony przez Frankla jako frustracja egzystencjalna, może być przyczyną nerwicy i innych zaburzeń psychicznych (21).

Ciekawe i praktyczne ujęcie procesu rozwoju osobowości w świetle psychologii humanistycznej przedstawił Kazimierz Dąbrowski w swojej teorii dezintegracji pozytywnej (15, 17, 18, 42). Autor ten uważa osobowość za „samouświadomioną, samow wybraną, samopotwierdzoną, samowychowującą się jedność podstawowych właściwości psychicznych, realizujących konkretny ideał indywidualny i społeczny” (15). Dąbrowski wyróżnił w człowieku dwie grupy instynktów: 1) autotoniczne o charakterze egocentrycznym i 2) syntoniczne o charakterze alterocentrycznym, a więc wyrażające się poprzez realizację potrzeb poznania, sympatii, potrzeb społecznych i religijnych.

Dezintegracja, jaka jest następstwem konfliktów pomiędzy strukturami egocentrycznymi a alterocentrycznymi, jest punktem wyjścia dla rozwoju osobowości, który wszakże nie dokonuje się „automatycznie” - tak jak to bywa z rozwojem somatycznym. Warunkiem przeżycia dezintegracji pozytywnej, a więc rozwoju osobowości, jest tzw. „trzeci czynnik”, polegający na podjęciu wysiłku i świadomych wyborów. Rozwój osobowości winien trwać przez całe życie, nawet i w starości.

Ciekawy i pożyteczny jest pogląd Dąbrowskiego, iż niektóre instynkty, przede wszystkim instynkt seksualny, mogą być przeżywane przez człowieka w prymitywnej formie w sferze instynktów autotonicznych (egocentrycznych), z wyłączną tendencją własnego za-

dowolenia, jak również mogą być przeżywane dojrzałe, w płaszczyźnie instynktów syntonicznych, czyli alterocentrycznych, jako wyraz miłości i oddania.

Według Dąbrowskiego dojrzałą osobowość (a więc dążącą do coraz wyższego stopnia dojrzałości) cechuje:

- autonomia czyli wewnętrzna wolność (niezależność) od instynktów, od zewnętrznych przymusów, od różnych bodźców;
- autentyzm, identyfikowanie się ze sobą („ja prawdziwy”);
- empatia, tj. zdolność wczucia się w innego człowieka i przychodzenie mu z pomocą;
- odpowiedzialność za siebie, za innych, za środowisko, za społeczeństwo, za kraj, w pewnym sensie „za świat”.

Człowiek, którego można określić jako „osobowość” (używając tu tego określenia jako wzoru, do którego osiągnięcia zmierza proces wychowania i samowychowania) - *„to jednostka możliwie pełna zarówno pod względem zakresu, jak i poziomu najistotniejszych pozytywnych właściwości człowieka, jednostka najbardziej spoista i zharmonizowana, odznaczająca się wysokim stopniem wglądu w siebie, w swoją własną strukturę, swe dążenia i cele (-samouświadamienie), świadomie ((wybierająca siebie) spośród różnorodnych cech własnych (samowybranie), przekonana o słuszności swej postawy, o istocie i trwałej wartości swych celów (samopotwierdzenie), zdająca sobie sprawę, że rozwój jej nie jest zakończony i w związku z tym stale wewnętrznie doskonaląca się, wychowująca (samowychowanie)”* (17).

W przeciwieństwie do wielu definicji osobowości, określających ją w sposób statyczny, psychologowie humanistyczni ujmują osobowość jako coś, co się powinno rozwijać przez całe życie, aż do jego kresu.

„Ujmowanie człowieka jako podmiotu otwartego, ukierunkowanego intencjonalnie, realizującego się przez spełnianie wartości (Ch. Buchler, V.E. Frankl, A. Maslow) oraz odpowiedzialnie zaspokajającego podmiotowe i społeczne dążenia, cele i wartości, otwiera przed jednostką wprost nieograniczone możliwości rozwojowe. Taką postawę teoretyczno-badawczą przyjęli ci psycho-

logowie, którzy liczą się z pytającą i twórczą naturą człowieka (A. Maslow, C. Rogers)” (57, s. 50).

Rozważania na temat zdrowia psychicznego (dojrzałej osobowości) w świetle poglądów psychologii humanistycznej są kontynuowane również w rozdziale 2.11., dotyczącym higieny psychicznej (s. 106).

2.1.3.4. Psychologia poznawcza

Według tego kierunku człowiek jest samosterującym się organizmem, osiągającym to (podobnie jak układy homeostatyczne w technice) przede wszystkim dzięki poznaniu i ocenie docierających do niego bodźców, ich zrozumieniu w kontekście całej rzeczywistości, a więc różnych relacji i wzajemnych zależności, co daje mu podstawę do konstruowania uogólnień, do przewidywania, do podejmowania decyzji. Człowiek jest zatem przede wszystkim kognitywistą. Pionierem tego kierunku w psychologii, rozwijającego się od lat sześćdziesiątych, był Gayle Kelly (cyt. za 42).

Do psychologii poznawczej nawiązują z polskich psychologów: Tadeusz Tomaszewski (teoria czynności) (79), Janusz Reykowski (regulacyjna teoria osobowości) (66) i Józef Koziński (transgresyjna koncepcja człowieka) (41).

Tadeusz Tomaszewski, przeciwstawiając się behawioryzmowi - a więc sprowadzaniu zagadnień psychologicznych tylko do reakcji na bodźce - przedstawił „teorię czynności”, czyli teorię zachowania ukierunkowanego na osiągnięcie określonego celu („sytuacja zadaniowa”), z czym wiąże się takie formy zachowania się człowieka, jak: poznawanie rzeczywistości, podejmowanie zadań i decyzji, rozwiązywanie trudności, nawiązywanie kontaktów i samokontrola. Pojęcie „sytuacji egzystencjalnej” odnosi się do aktywności, ważnej dla życia człowieka w szerokim sensie tego zagadnienia.

Regulacyjna teoria osobowości Janusza Reykowskiego eksponuje silnie podstawowe pojęcia teorii poznawczych, a więc wymianę z otoczeniem i przekazywanie informacji jako zasadniczą funkcję osobowości. Regulatorem tej funkcji są mechanizmy popędowo-

-emocjonalne i „sieć wartości”, której źródła tkwią we własnych przeżyciach człowieka i w przekazie społecznym. „Sieć wartości” wraz z organizacją informacji o rzeczywistości - w tym i o sobie samym - (tzw. „sieć operacyjna”) prowadzi do wytworzenia się struktury „ja” (struktury regulacyjnej).

Podstawą transgresyjnej koncepcji człowieka Józefa Kozielcekiego jest przekonanie, że człowiek zmierza do przekraczania tego, czym jest i co posiada (transgresja). To celowe działanie człowieka może być skierowane ku rzeczom (dążenie do posiadania), ku innym ludziom (jak chęć panowania, bądź przeciwnie - jako altruizm) i ku symbolom (dążenie do własnego rozwoju).

2.2. Zaburzenia osobowości (27, 28, 34, 35, 60)

Według opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i obowiązującej w Polsce X Rewizji (z 1992 r.) Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (tzw. ICD-10, od nazwy angielskiej: „International Classification of Diseases and Related Health Problems”) do stanów określonych jako zaburzenia osobowości „zalicza się głęboko zakorzenione i utrwalone wzorce zachowań, przejawiające się mało elastycznymi reakcjami na różnorodne sytuacje indywidualne i społeczne. Reprezentują one albo skrajne, albo znaczące odmienności w porównaniu z przeciętnym w danej kulturze sposobem spostrzegania, myślenia i odczuwania, a w szczególności — odnoszenia się do innych. Takie wzorce zachowania mają tendencję do trwałości i do obejmowania wielu zakresów funkcjonowania psychologicznego (cech osobowości - przyp. S.L.). Są one często, ale nie zawsze, związane z różnego stopnia subiektywnym cierpieniem (distresem) oraz trudnościami w funkcjonowaniu społecznym i osiągnięciach życiowych” (35, s. 169). Zaburzenia osobowości „są to stany rozwojowe, które ujawniają się w dzieciństwie lub w okresie dojrzewania i trwają nadal w okresie dojrzałości.

Nie są wtórne do innych zaburzeń psychicznych czy uszkodzeń mózgu „ (35, s. 169).

Leczenie zaburzeń osobowości, będące domeną psychiatrii, jest bardzo trudne i mało skuteczne.

W odróżnieniu od **zaburzeń** osobowości - „**zmiany** osobowości pojawiają się często już w okresie dojrzałości, występują po ciężkim lub przedłużonym stresie, w sytuacji skrajnego niezaspokojenia potrzeb przez środowisko, po ciężkich zaburzeniach psychicznych lub po chorobie czy uszkodzeniu mózgu” (35, s. 169).

Klasyfikacja międzynarodowa wyróżnia trzy podstawowe kategorie zaburzeń osobowości: specyficzne, mieszane i inne.

W grupie specyficznych zaburzeń osobowości wyróżnia się rozmaite obrazy kliniczne, których najbardziej charakterystyczne cechy zostaną tu pokrótce przedstawione.

Zaburzenia **osobowości paranoicznej** mogą kojarzyć się z charakterystyką niektórych znanych z historii tyranów - nienawistnych, agresywnych, egocentrycznych, nietolerancyjnych, podejrzliwych, fanatycznych, upartych, megalomanów, idących „po trupach” do zaspokojenia swoich wielkościowych aspiracji, nastawionych przeciw innym ludziom, cierpiących z powodu braku uznania ze strony otoczenia i nadmiernie wrażliwych na niepowodzenia.

Osobowość schizoidalna charakteryzuje się pewnym autyzmem, skłonnością do samotności, chłodem emocjonalnym, unikaniem kontaktu z innymi - raczej pozostawianiem we własnym świecie, niekiedy w świecie fantazji i dziwactw, nietroszczeniem się o własną przyjemność, brakiem zainteresowania opinią innych o sobie, niewrażliwością na przyjęte powszechnie normy społeczne. Może się tu nasuwać podobieństwo do schizofrenii.

Osobowość dyssocjalną (amoralną, asocjalną, antysocjalną, socjopatyczną, psychopatyczną - zwaną dawniej osobowością nieprawidłową lub psychopatią) cechuje (wg ICD-10):

- bezwzględne nieliczenie się z uczuciami innych,
- silna i utrwalona postawa nieodpowiedzialności i lekceważenia społecznych norm, reguł i zobowiązań,

- niezdolność utrzymania trwałych związków z innymi, chociaż nie ma trudności w ich nawiązywaniu,
- bardzo niska tolerancja frustracji i niski próg wyzwalania agresji, w tym zachowań gwałtownych,
- niezdolność przeżywania poczucia winy i wykorzystywania doświadczeń, a w szczególności - doświadczanych kar,
- wyraźna skłonność do obwiniania innych lub wysuwania pozornie zasadnych racjonalizacji zachowań, które są źródłem konfliktów z otoczeniem.

Charakterystycznymi cechami osobowości dys socjalnej są również: drażliwość i fakt występowania zaburzeń zachowania w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym.

Rozpoznanie osobowości dys socjalnej (nieprawidłowej) nie można dokonywać tylko na podstawie zachowań antyspołecznych. Trzeba też przedtem wykluczyć możliwość istnienia ciężkiej nerwicy, upośledzenia umysłowego, zespołów psychotycznych i zmian osobowości na tle organicznym, a więc spowodowanych zmianami w mózgu.

Osobowość chwiejna emocjonalnie cechuje się przede wszystkim niestabilnością emocjonalną, wybuchową impulsywnością i brakiem samokontroli, przy czym wyróżnia się dwa typy chwiejności emocjonalnej:

- typ impulsywny - z częstymi i niekontrolowanymi wybuchami gniewu, zwłaszcza na skutek krytyki otoczenia, niekiedy z groźnymi zachowaniami;
- typ „borderline” (z pogranicza), dla którego poza podobnymi objawami niekontrolowanej impulsywności charakterystyczne są: zaburzenia poczucia tożsamości, obrazu siebie i własnych celów, uczucie pustki wewnętrznej, zachowania autodestrukcyjne (samo-uszkodzenia, próby samobójcze) oraz skłonność do nawiązywania intensywnych, ale niestabilnych związków z innymi ludźmi.

Zaburzoną **osobowość histrioniczną** (od łac. histrio - aktor) cechują: teatralność, przesadne i nieautentyczne demonstrowanie emocji, łatwość ulegania wpływowi innych, zmienność nastrojów, egocentryzm, demonstrowanie wymagań w stosunku do otoczenia,

z którym zresztą ludzie tacy nie liczą się. Osobnicy ci bywają uwodzicielscy, z poczuciem własnej wyjątkowości; są nadmiernie skoncentrowani na atrakcyjności fizycznej, nierzadko popadają w konflikty z innymi.

Człowiek z zaburzeniami typu **osobowości anankastycznej** czyli obsesyjno-kompulsywnej jest nadmiernie poważny, skrupulatny i ostrożny, bez możliwości uśmiechu i odprężenia, uparty, sformalizowany, koncentruje się na szczegółach, ma sztywne zasady oraz natręctwa, jest pedantem, narzuca własne wzorce i nie przystosowuje się do innych, ma wątpliwości w podejmowaniu decyzji.

Osobowość lękliwa (unikającą) cechują: niepokój, napięcie, niepewność, poczucie małowartościowości i unikanie kontaktów z ludźmi w obawie przed krytyką i odrzuceniem.

Dla **osobowości zależnej** są charakterystyczne: poczucie bezradności - zwłaszcza w sytuacji osamotnienia - potrzeba oparcia, a nawet zależności od innych i zachęcanie ich do przejęcia odpowiedzialności za własne sprawy, skłonność do podporządkowywania się innym.

Zaburzenia osobowości **mieszane i inne** stanowią ogólne określenia takich zaburzeń, które nie spełniają kryteriów rozpoznawczych „specyficznych zaburzeń osobowości”. Szczegółowe rozpoznanie różnicowe takich postaci jest domeną psychiatrii.

Inne określone zaburzenia osobowości.

Cechami **osobowości ekscentrycznej** są: osobliwy indywidualny styl bycia, wyraźnie różniący się od powszechnie przyjętego oraz graniczące z fantazją preferencje w zakresie systemu wartości.

Charakterystyczne dla **osobowości narcystycznej** są: wygórowane poczucie własnej ważności, wyjątkowości, uprzywilejowania, zaśługiwanie na szczególne względy; potrzeba uznania i zwracania na siebie uwagi, bycia podziwianym; nieliczenie się z innymi ludźmi, raczej wykorzystywanie ich; brak empatii, zawiść, zazdrość, arogancja.

Postawę **osobowości bierno-agresywnej (negatywistycznej)** cechuje wrogość do innych ludzi wyrażająca się poprzez odwręcanie lub blokowanie podejmowania decyzji i wywiązywania się z waż-

nych zadań. Taki bierny opór, niechęć lub nawet zachowania o charakterze agresywnym (kłótnie, „robienie scen”) są kierowane zarówno do osób zachowujących pozycję autorytetu, jak i do tych, które współdziałają czy świadczą pomoc, nawet jeśli osoba bierno-agresywna sama o tę pomoc zabiegała; osoby takie wymawiają się od podejmowania zobowiązań.

W przypadkach **osobowości niedojrzałej** zarówno przeżywanie (a więc reakcje emocjonalne), jak i zachowania mają charakter infantylny, dziecięcy. Zahamowanie rozwoju psychospołecznego wyraża się brakiem właściwej dla dorosłości pewnej samokontroli w ujawnianiu własnych nadmiernych emocji oraz nieopanowaniem w dążeniu do zaspokajania własnych potrzeb.

W warunkach niezaburzonego rozwoju dzieci i młodzieży pewien stopień braku cech pełnej dojrzałości jest rzeczą oczywistą, ujawniającą charakterystyczne dla danej grupy wiekowej formy przeżywania i zachowania.

Dojrzałość właściwa biologicznemu wiekowi osób dorosłych winna polegać na pełnym zaawansowaniu procesu integracji osobowości. A więc człowiek dorosły winien być dojrzały nie „tak w ogóle”, ale dojrzały do podjęcia wielu konkretnych ról, jakie przypadają mu w życiu indywidualnym, rodzinnym, zawodowym i społecznym.

Jakże wielu spotyka się ludzi, których stan psychiczny i funkcjonowanie społeczne na ogół nie budzi zastrzeżeń, ale którzy pod względem pewnych cech i zachowań wykazują niedojrzałość. Egoizm, zarozumiałość, nieżyczliwość, egoistyczne i prymitywne przeżycia seksualne (niedojrzały „protoseksualizm”), nie mające związku z wyłączną i trwałą miłością, brak odpowiedzialności za siebie i za innych to przecież - poza moralnie negatywnym ich aspektem - wyrazy braku dojrzałości i mądrości. A mądrość to „*umiejętność prawidłowego widzenia sensu istnienia, wartości, które można w życiu osiągnąć i zgodnego z tym postępowania*”. (40)

2.3. Charakterystyka zaburzeń psychicznych (objawów psychopatologicznych) (20, 46, 60, 61, 62)

Poniższe wyszczególnienie oraz krótka charakterystyka objawów psychopatologicznych nie jest równoznaczna z prezentacją różnych chorób psychicznych. Wiele spośród tych objawów może bowiem występować w różnych zespołach zaburzeń i w różnych chorobach psychicznych, chociaż niektóre z wymienionych tu objawów są rzeczywiście charakterystyczne dla określonych chorób.

Objawy psychopatologiczne będące zaburzeniami określonych czynności psychicznych są zestawione w tabeli 1.

Tabela 1. Czynności psychiczne

Prawidłowe		Forma zaburzeń (objawy psychopatologiczne)
Procesy poznawcze	Uwaga	Nadmierne przerzucanie lub trudność przenoszenia uwagi
	Spostrzeganie	Omamy czyli halucynacje
	Pamięć	Niedoczynność, amnezja, konfabulacja
	Myślenie	Urojenia, zaburzenia szybkości, rozkojarzenie, splątanie, autyzm, depersonalizacja
	Inteligencja	Zaburzenia logicznego myślenia i rozumienia związków i relacji, zwłaszcza wobec nowej sytuacji
Procesy (stany) emocjonalne		Lęk, zaburzenia nastroju: depresja, stan maniackalny; stępienia uczuciowe, drażliwość
Procesy motywacyjne	Popędy, potrzeby (p.s. 21)	Wahania ilościowe, odmienność jakościowa” (np. zubożenie, negatywizm)
Stan świadomości (przytomności)		Zaburzenia orientacji, wyłączenie, majaczenie

W poniższym tekście podane są definicje i szersze omówienie pojęć zawartych w tabeli, w kolejności zgodnej z jej układem.

Uwaga. Zdolność zwrócenia w określonym kierunku czynności poznawczych i gotowości do działania.

Zaburzenia uwagi. Nadmierne przerzucanie uwagi z jednego przedmiotu na drugi w procesie poznawczym lub w działaniu.

Spostrzeżenie. Proces odzwierciedlenia przedmiotu za pośrednictwem receptorów zmysłowych.

Omamy, czyli halucynacje. Spostrzeganie pomimo braku bodźców działających na narządy zmysłowe; mogą być omamy: wzrokowe, słuchowe, czuciowe, bólowe, smakowe, węchowe. Halucynacje występują najczęściej w schizofrenii.

Pamięć. Zdolność gromadzenia w układzie nerwowym oraz odnajdywania przeżytych doświadczeń.

Zaburzenia pamięci: niedoczynność, amnezja, (niepamięć wsteczna, spotykana po urazach mózgu), konfabulacja (pamięć „zafałszowana”).

Myślenie. Przebieg świadomych i aktywnych procesów psychicznych, polegających na poznawaniu elementów rzeczywistości i relacji między nimi oraz na rozwiązywaniu na tej podstawie różnych problemów.

Zaburzenia myślenia.

A) Zaburzenia treści myślenia to przede wszystkim **urojenia**: są to fałszywe sądy, w które chory niewzruszenie wierzy; bywają urojenia wielkościowe, samoponiżeniowe, prześladowcze, zazdrości, hipochondryczne i inne. Urojenia najczęściej występują w schizofrenii. **Idee nadwartościowe** występują w zaburzeniach osobowości.

B) Zaburzenia toku i struktury myślenia:

- Zaburzenia szybkości myślenia: przyspieszenie („gonitwa myśli”), spowolnienie, lepkość myślowa (- w otępieniu padaczkowym).
- Rozkojarzenie: brak logicznego związku pomiędzy fragmentami wypowiedzi, a nawet słowami („sałatka słowna”).
- Splątanie: rozerwanie i przypadkowość wątków myślowych.

- Autyzm: izolacja od rzeczywistości rozumianej w sposób zmieniony, a pozostawanie w kręgu własnych doznań, również psychopatycznych.
- Depersonalizacja: poczucie zmiany własnej osoby.

Inteligencja. Złożona, umysłowa sprawność poznawcza obejmująca: zdolność gromadzenia podstaw i przesłanek dla procesów logicznego myślenia; zdolność rozumienia zależności między rzeczami, zdolność rozumienia nowej sytuacji i umiejętność zajęcia wobec niej najlepszego stanowiska, z wykorzystaniem posiadanej wiedzy i doświadczenia.

Zaburzenia inteligencji: upośledzenie sprawności umysłowych, wymienionych w definicji inteligencji, występuje w upośledzeniu umysłowym i w stanach otępienia, np. w postaci otępiennej zespołu psychoorganicznego, tj. w rozlanym uszkodzeniu mózgu przez różne czynniki (toksyczne, infekcyjne, naczyniowe czy urazowe).

Emocje, uczucia. Poczucie przeżywania (i ustosunkowania się do) siebie samego, innych ludzi, rzeczy, spraw, zjawisk, które dynamizuje do działania w zależności od treści emocji, ich natężenia i zabarwienia („dodatnie” lub „ujemne”). Niektórzy dzielą emocje na: popędowe (związane z doznaniem zmysłowymi), prelogiczne (np. lęk przed nagłym niebezpieczeństwem) i na - właściwe tylko ludziom - uczucia wyższe (moralne, estetyczne, przyjaźni, miłości, patriotyczne i inne).

Zaburzenia emocjonalne:

A) Lęk. Reakcja emocjonalna, będąca wyrazem poczucia niejasnego zagrożenia, na którą najczęściej składają się: objawy psychiczne (uczucie napięcia, zagrożenia, niepokoju), zaburzenia zachowania (np. niepokój ruchowy) i zaburzenia wegetatywne (np. przyspieszenie tętna i oddechu, nagłe pocenie się, zaczerwienienie twarzy, biegunka, suchość języka i inne). Sporadycznie lęk występuje u ludzi zupełnie zdrowych.

B) Zaburzenia nastroju.

Obniżenie samopoczucia, stan depresyjny, depresja. Stan ten obejmuje: obniżenie nastroju (przeżywanie smutku, apatii, pesymi-

zmu, osamotnienia), spowolnienie toku myślenia i spowolnienie ruchowe. Zaburzenie to występuje często w schizofrenii, w chorobach afektywnych i może towarzyszyć autyzmowi.

Podwyższenie nastroju (samopoczucia), czyli stan maniakałny.

Przejawami tego stanu są: nadmierne zadowolenie, radość, beztraska, wesołkowatość, pobudzenie, pewność siebie, przyspieszenie toku myślenia, wielomówność, zwiększenie aktywności ruchowej, pomysłowość, czasem rozrzutność; powyższe cechy w umiarkowanym stopniu mogą występować u ludzi zdrowych; o patologicznym wyrazie tych cech decyduje znaczny stopień ich nasilenia oraz towarzyszące im (bądź będące ich następstwem): drażliwość, małostkowość, czasem pobudzenie seksualne, wreszcie nierzadkie sytuacje konfliktowe z otoczeniem. Zaburzenia te występują w zespołach maniakałnych i w psychozie afektywnej dwubiegunowej (depresyjno-maniakałnej, czyli cyklicznej).

Procesy motywacyjne (popędy i potrzeby) - p. s.21.

Stan świadomości (przytomności). Zdolność orientacji w otoczeniu, przestrzeni i czasie, i uświadamianie sobie własnych przeżyć psychicznych, poznawczych i emocjonalnych.

Zaburzenia świadomości (przytomności):

- zaburzenia orientacji w czasie i przestrzeni (chory nie jest w stanie określić miejsca przebywania ani aktualnego czasu);
- zespół wyłączenia i patologiczna senność;
- majaczenie, zamroczenie, splątanie (p. s. 35, 36).

Zaburzenia świadomości występują w psychozach organicznych, po urazach głowy i innych. Fizjologicznym modelem zaburzeń świadomości jest sen fizjologiczny.

* * *

Zaznajomienie duszpasterzy (wychowawców, spowiedników) z materiałem zawartym w tym rozdziale ma na celu zwrócenie ich uwagi i niejako uczulenie na możliwość istnienia u ludzi, z którymi się spotykają, objawów choroby psychicznej. Podejrzenie choroby psychicznej nie musi i nie powinno doprowadzić do zerwania kontaktu z takimi ludźmi, w przekonaniu, że „potrzebny jest im tylko

lekarz psychiatra”. Nie można jednak zaniedbać skierowania chorego z ewidentnymi zaburzeniami psychicznymi właśnie do lekarza psychiatry. Rozmowa na ten temat z samym chorym jest najczęściej niewystarczająca, ale konieczne jest porozumieć się z najbliższym otoczeniem chorego, zwłaszcza z rodziną. Jedynie lekarz psychiatra może ustalić rozpoznanie (bądź wykluczyć istnienie choroby psychicznej) i zlecić odpowiednie postępowanie lecznicze.

2.4. Charakterystyka wybranych chorób psychicznych (psychoz) (20,60, 61, 72,84)

Rozdział ten nie jest streszczeniem podręcznika psychiatrii. Materiał w nim zawarty i - w miarę możliwości - sposób jego przedstawienia ma na celu spopularyzowanie wiedzy o najczęstszych i najcięższych psychozach oraz rozwianie nieporozumień i wręcz przesądów wzbudzających wokół chorych psychicznie atmosferę niechęci i lęku, jako wobec ludzi rzekomo groźnych i rzekomo bardzo różniących się od ludzi zdrowych. Na podkreślanie tej odmienności zaciążył nieprzyjemnie polski odpowiednik łacińskiego przymiotnika „varius”, a więc „różny”, skąd pochodzi to brzydkie, o bardzo pejoratywnym zabarwieniu słowo „wariat”; słowo, którego z przyczyn racjonalnych, moralnych i po prostu ludzkich nie należy używać.

Wbrew istniejącym przesądom i nieporozumieniom trzeba przypomnieć, że:

- chorzy psychicznie nie są źródłem zagrożenia dla otoczenia większym niż zdarza się to ze strony ludzi zdrowych psychicznie;
- wewnętrzny, chociaż zmieniony świat przeżyć psychicznych tych chorych bywa nieraz bardzo bogaty;
- wśród objawów chorobowych, jak również w okresach remisji choroby, kiedy chorzy są świadomi swej sytuacji, pacjenci ci nie raz bardzo cierpią;
- w razie wystąpienia stanów depresyjnych chorzy ci mogą być niebezpieczni dla samych siebie (niebezpieczeństwo samobójstwa!)

i wówczas zwłaszcza powinni być otoczeni szczególną troską i serdecznością;

- choroba psychiczna nie może być traktowana jako jakieś zwinione piętno czy hańba („kto zgrzeszył, on czy jego rodzice?” - J 9,2), ale na równi z każdą inną chorobą somatyczną;
- chorych tych trzeba traktować zupełnie naturalnie, zdobywając się dyskretnie i taktownie na szczególną wobec nich troskę;
- współczesne szpitale psychiatryczne - wbrew temu, jak to bywało w dalekiej przeszłości - niczym nie przypominają miejsc okrutnego odosobnienia z drzwiami bez klamek; szczególną uwagę przywiązuje się do tego, aby pomieszczenia szpitalne były urządzone w sposób zapewniający chorym sympatyczną atmosferę.

Szczegółnej wszakże troski i ostrożności wymagają przypadki depresji bądź sporadycznie zdarzające się stany znacznego pobudzenia psychicznego.

W warunkach pozaszpitalnych, a więc w domu rodzinnym czy w zakładzie pracy, obecność chorego psychicznie bywa przyczyną wielkich trudności życiowych zarówno dla chorego, jak i dla jego otoczenia, co zresztą nie jest regułą.

Trudności w przystosowaniu do środowiska i w sprostaniu podstawowym zadaniom życiowym miewają również ludzie zdrowi, ale wiąże się to najczęściej z obiektywnymi „przeciwnościami losu”. Natomiast u chorych psychicznie trudności te wynikają z istniejących u nich zaburzeń psychicznych, a nie z obiektywnych zewnętrznych przeszkód życiowych. Rezultatem nieprzystosowania do środowiska i niemożności sprostania podstawowym zadaniom życiowym są u chorych psychicznie przykre doznania niezaspokojenia poznawczego, zaburzeń emocjonalnych oraz niezdolność do naturalnego funkcjonowania i ewolucji osobniczej. Chorzy ci przynajmniej okresowo zdają sobie z tego sprawę i to może być źródłem ich cierpień, a niemal zawsze jest przyczyną cierpień ich najbliższych.

2.4.1. Schizofrenia (zespoły schizofreniczne) (gr. *σχίσις* czyt. «schizis» - dzielenie, podział; (*φρήν* - czyt. «fren» - umysł)

Pomimo istnienia wielu hipotez przyczyna choroby jest nadal nieznaną. Choroba rozpoczyna się zwykle w wieku młodym, po dwudziestym roku życia. Początek choroby (a więc wystąpienie charakterystycznych zaburzeń psychicznych) może być nagły, czasem bywa jednak powolny, a więc pojawianie się zaburzeń psychicznych rozkłada się na dłuższy okres czasu. U chorego pojawiają się objawy autyzmu; chory pozostaje w kręgu własnych, psychotycznych doznań, traci kontakt z otoczeniem społecznym i otaczającą rzeczywistością, traci zainteresowanie pracą zawodową, wykazuje zmniejszenie aktywności psychoruchowej.

Charakterystyczne zaburzenia w sferze emocjonalnej to: obniżenie samopoczucia bądź nawet stan depresyjny, stopień uczuciowy, utrata zainteresowania bliskimi osobami, lęki, drażliwość. Czasem występują osobliwe, „dziwaczne” przyzwyczajenia i nawyki.

Bardzo istotną cechą schizofrenii jest rozszczepienie osobowości (-stąd nazwa choroby). Na pojęcie to składa się kompleks bardzo wielu niespójnie powiązanych objawów, jak np.: rozszczepienie między bodźcami pochodzącymi z rzeczywistości a przeżyciami psychicznymi chorego (halucynacje, urojenia, brak adekwatnych reakcji emocjonalnych), brak równoległości między czynnościami myślowymi a uczuciowymi (brak adekwatnej mimiki czy modulacji głosu), ambwalencja myśli, uczuć, sądów, rozkojarzenie i niezborność myślenia, czasem wręcz „sałatka słowna”, czasem dziwne neologizmy

Na opisaną powyżej postać kliniczną tzw. schizofrenii prostej mogą nawarstwić się (przemijająco) następujące postaci zespołów schizofrenicznych, stwarzając wówczas obraz schizofrenii złożonych. Są to: zespoły schizofrenii paranoidalnej, hebefrenicznej i katatonicznej.

Zespół paranoidalny, dołączający się niekiedy do schizofrenii i tworzący wówczas jej postać złożoną, cechuje się występowaniem zwartego i spójnego wewnątrznie całego systemu urojeń.

Zespół hebefreniczny (gr. ἥβη - czyt. «hebe» - młodość), występujący w wieku młodzieńczym, cechuje się zaburzeniami zachowania (zachowanie wesołkowato-niepoważne), pobudzeniem psychoruchowym, dziwactwami.

Zespoły katatoniczne, przejawiające się zaburzeniami motoryki, mogą przybierać dwojaki obraz: zahamowania motoryki dochodzącego czasem aż do bezruchu (osłupienia), bądź - przeciwnie - wzmożenia motoryki.

2.4.2. Zaburzenia afektywne

2.4.2.1. Zespoły depresyjne (depresja endogenna)

Depresja endogenna cechuje się - jak wynika z samej nazwy - objawami obniżenia samopoczucia (nastroju), przeżywaniem smutku, różnych lęków - nieraz również hipochondrycznych - oraz zmniejszeniem napędu psychoruchowego. Czasem występują urojenia depresyjne: poczucie winy, samooskarżenia. Stany te izolują chorych od otoczenia, rodzą myśli samobójcze, będące zagrożeniem dla życia chorych. U chorych tych mogą występować różne zaburzenia wegetatywne (objawiające się dolegliwościami ze strony różnych narządów i układów), a także zaburzenia snu.

2.4.2.2. Zespół maniakalny (mania)

Mania jest niejako przeciwieństwem depresji. Szczegółową charakterystykę stanu maniakalnego przedstawiono na s. 38.

Choroba afektywna dwubiegunowa, czyli choroba cykliczna albo psychoza maniakalno-depresyjna.

Choroba ta polega na naprzemiennym występowaniu faz maniakalnych i depresyjnych, czasem przedzielonych okresami zdrowia psychicznego. Okres trwania tych faz bywa różny.

2.4.3. Zaburzenia psychiczne na tle organicznym (zespoły otępienne)

Choroby te są następstwem przewlekłego lub postępującego uszkodzenia tkanki mózgowej przez różne czynniki. Czynniki te mogą być: choroby naczyń krwionośnych, urazy mózgu (czaszki), guzy nowotworowe tkanki mózgowej oraz zakażenia bardzo różnymi drobnoustrojami czy innymi organizmami, jak: różnymi bakteriami, wirusami, pierwotniakami (toksoplazmoza, malaria), nicieńcami, pośrednimi formami rozwoju tasiemców (wągryca, bąbłowica, włośnica), krętkami bladymi (tj. kiłą) i innymi.

Obrazy kliniczne i objawy psychopatologiczne, związane z wymienionymi wyżej różnymi przyczynami uszkodzenia mózgu, są bardzo różnorodne. Szczegółowe ich omówienie przekraczałoby cele tego rozdziału. Ogólnie można podsumować, że w zespołach organicznych (otępiennych) zaburzone są przede wszystkim takie wyższe funkcje psychiczne, jak: myślenie, pamięć, orientacja, zdolność oceny, uczenia się i wyrażania. Zaburzeniom tym towarzyszy zwykle obniżenie samokontroli chorych nad ich zachowaniem i nad reakcjami emocjonalnymi.

Zespoły toksycznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego przez używanie środków psychoaktywnych (narkotyki, alkohol) są omówione w odrębnym rozdziale (2.6.).

2.5. Nerwice (1, 33, 36, 60, 72, 87).

2.5.1. Istota, przyczyny, czynniki usposabiające i ogólna charakterystyka kliniczna nerwic

Nie ma chyba człowieka, który w warunkach stresu (np. przed egzaminem, w obliczu bardzo ważnej decyzji życiowej czy w warunkach jakiegoś nagłego zagrożenia) nie doznałby przejściowo reakcji nerwicowej, wyrażającej się stanem niepokoju, pobudzenia,

bólem głowy, bezsennością bądź różnymi dolegliwościami fizycznymi, wegetatywnymi i narządowymi, jak np. nagłe pocenie się, dolegliwości żołądkowo-jelitowe, sercowe czy inne. Reakcje takie - jak to się mówi - „wytrącają człowieka z równowagi”, utrudniają skupienie się i są przyczyną nadmiernej męczliwości.

Sporadyczne wystąpienie takich stanów pod wpływem konkretnej, niepokojącej przyczyny, nie jest objawem chorobowym i może dotyczyć zupełnie zrównoważonego i zdrowego psychicznie człowieka.

Onerwicę można mówić dopiero wówczas, jeśli zaburzenia nerwicowe utrwalają się, stają się nasilone, czasem zmienne, mają stały wpływ na zachowanie chorego, co zwraca uwagę otoczenia i zakłóca normalny proces przystosowania do środowiska, a więc utrudnia funkcjonowanie społeczne.

Przyczynami nerwicy mogą być różnego rodzaju urazy psychiczne (strata bliskiej osoby, niepowodzenia życiowe, lęk o zdrowie, jak również - świadome lub nieświadomione - konflikty wewnętrzne między wymaganiami, oczekiwaniami społecznymi, własnymi aspiracjami, pragnieniami lub obowiązkami z jednej strony, a możliwościami sproszania tym wymaganiom, aspiracjom, obowiązkom czy pragnieniom - z drugiej. Egzystencjalista V.E. Franki twierdzi, że współcześnie w wielu przypadkach genezę nerwicy należy odnieść do frustracji egzystencjalnej, a więc poczucia bezsensu życia i braku motywacji do działania (21).

Chory nie jest w stanie rozwiązać tych wewnętrznych konfliktów w sposób dla siebie zadowalający, przeżywa je jako sprzeczne tendencje życiowe, a nie mogąc zdobyć się na sposób wyjścia z trudnej sytuacji i nie mogąc stawić jej czoła, przyjmuje postawę nieprawidłową: reaguje lękiem, obniżeniem samopoczucia, wewnętrznym buntem, rezygnacją i biernością. Psychiczna geneza tych cierpień prowadzi w efekcie do zaburzeń i dolegliwości psychosomatycznych, a wyraża się wspomnianymi objawami wegetatywnymi i ze strony różnych narządów wewnętrznych.

Poczucie choroby dostarcza choremu pewnego usprawiedliwienia, a nawet satysfakcji. Bywa to określane jako świadoma lub nieświadoma „ucieczka w chorobę”. Nie jest to symulacja, ale sposób

przeżywania swoich cierpień i niemożności wyjścia z tego błędnego koła.

U chorych nerwicowych mogą pojawiać się „neurotyczne” i egocentryczne pragnienia i potrzeby, jak: potrzeba zwrócenia na siebie uwagi, potrzeba uzależnienia się od opiekuna, oczekiwanie osiągnięć bez podjęcia celowego wysiłku, czasem ograniczenie potrzeb życiowych (nastawienie „od ludzi”).

Trzeba silnie podkreślić, że w nerwicy nie występują zaburzenia psychiczne takie, jak w psychozach, a więc nie ma urojeń, omamów ani innych objawów psychopatologicznych (opisanych w rozdz. 2.3. i 2.4.), oddalenie tych chorych od rzeczywistości nie jest przeto całkowite, tak jak to bywa w psychozach.

Fakt doznawania trudności życiowych i niekorzystnych bodźców środowiskowych nie decyduje jeszcze w sposób bezwarunkowy o wystąpieniu nerwicy. Wielu ludzi pomimo sytuacji stresowych jest w stanie zdobyć się na wewnętrzny spokój, pokonując na różny sposób te trudności, czy to przez podjęcie jakichś racjonalnych decyzji i zmian w swoim życiu, czy przez przystosowanie się do zaistniałych trudnych sytuacji, bez uszczerbku dla własnej aktywności i rozwoju. Do wystąpienia nerwicy przyczynia się bowiem jeszcze jeden ważny czynnik, a mianowicie cechy osobowości. I chociaż uwarunkowane genetycznie cechy osobowości same przez się nie decydują o wystąpieniu nerwicy, to jednak prawdopodobieństwo wystąpienia tej choroby jest większe u osób, które cechują się: egocentryzmem, skłonnością do niepokoju i frustracji, zawyżonymi bądź nierealnymi aspiracjami, niepewnością, biernością, uległością, płytkością emocjonalną, zaniżonym autokrytycyzmem, trudnościami w podejmowaniu decyzji i w kontaktach międzyludzkich. Do wystąpienia nerwicy mogą także przyczynić się urazy i kompleksy wyniesione z okresu dzieciństwa.

Stany nerwicowe, obserwowane u wielu chorych, bywają dla lekarzy różnych specjalności źródłem znacznych trudności diagnostycznych. Wiąże się to właśnie z tym faktem, że nerwica jest zaburzeniem psychosomatycznym, w którym trudno jest niekiedy ustalić, co jest przyczyną a co skutkiem. Możliwe są tu różne powiązania przyczynowe, a więc:

- a) konflikty i trudności psychiczne są przyczyną m.in. dolegliwości i zaburzeń ze strony różnych narządów wewnętrznych, np. serca, przewodu pokarmowego, podczas gdy narządy te są właściwie zdrowe, a jedynie funkcja ich może być zaburzona na skutek pobudzenia wegetatywnego układu nerwowego (-zawiadującego automatycznie, a więc bez udziału naszej świadomości, pracą tych narządów); określa się to czasem w sposób nieprecyzyjny i nieprawidłowy jako „nerwicę serca” czy „nerwicę żołądka”;
- b) określony narząd wewnętrzny cierpi nie tyle (lub nie tylko) z powodu odruchowych zmian jego funkcji, ale z powodu konkretnej choroby, wywołującej w nim zmiany biologiczne i anatomiczne (np. owrzodzenie żołądka czy choroba wieńcowa), a następstwem tego mogą być (choć nie zawsze) różne zaburzenia nerwiczne, w których może dominować lęk o stan zdrowia;
- c) istnieje także możliwość współistnienia nerwicy i chorób narządów wewnętrznych.

W diagnostycznym i terapeutycznym postępowaniu lekarza (i nie tylko lekarza) ważną rzeczą jest, aby:

- a) nie przeoczyć choroby somatycznej (narządów wewnętrznych) sprowadzając wszystko do nerwicy;
- b) nie lekceważyć nerwicy, jeśli nawet jest ona chorobą wtórną w stosunku do schorzenia narządów wewnętrznych.

2.5.2. Obrazy kliniczne różnych typów nerwic

Charakterystykę różnych typów (czyli obrazów klinicznych) nerwic warto poprzedzić przypomnieniem cech wspólnych wszystkim nerwicom. Antoni Kępiński określa te cechy jako „objawy osiowe” (33) i zalicza do nich: A) lęk, B) zaburzenia wegetatywne, C) egocentryzm i D) objawy błędnego koła.

A) Lęk (definicja na s. 37) w zależności od przedmiotu niepokoju określa się jako: a) lęk biologiczny - dotyczący stanu funkcjonowania i zagrożeń dla organizmu fizycznego, b) społeczny - dotyczący relacji z ludźmi i funkcjonowania społecznego, c) lęk moralny -

dotyczący zgodności postępowania z głosem sumienia oraz z normami i opiniami społecznymi przyjętymi jako własne oraz d) lęk dezintegracyjny - powstający przy zmianie struktury metabolizmu informacyjnego, którym Kępiński określa proces wymiany sygnałów z otoczeniem i reakcji psychiki na bodźce zewnętrzne; chory nie może właściwie ocenić i zrozumieć przyczyn swoich cierpień.

B) Zaburzenia wegetatywne przejawiają się dolegliwościami i zakłóceniami funkcji różnych narządów wewnętrznych, nieuwarunkowanymi ich zmianami organicznymi, bądź takimi objawami ogólnymi, jak nagłe pocenie się, zaczerwienienie i inne.

C) Egocentryzm (nie mylić z egoizmem) oznacza tendencję do zogniskowania uwagi i zainteresowań na sobie samym, na własnych doznaniach i dolegliwościach oraz do zwracania na te własne przeżycia uwagi otoczenia.

D) Objawami błędnego koła określa się zjawisko, polegające na wzajemnym wyzwaniu się i nasilaniu - na zasadzie sprzężenia zwrotnego - różnych zaburzeń nerwicznych. Np.: lęk, trudności w skupieniu się, bywają przyczyną zaburzeń wegetatywnych, a te z kolei powodują nasilenie lęku. Egocentryzm i drażliwość powodują nieprzychylną reakcję otoczenia, która następnie przyczynia się do większego stanu napięcia, usuwania się od ludzi i nasilania się postawy egocentrycznej. Objawy te mnożą i utrwalają cierpienie chorego na nerwicę i utrudniają jego leczenie.

Podział nerwic i wyodrębnienie różnych ich typów nie może być podstawą do sztywnego klasyfikowania chorych i poszufladkowania ich według obrazu klinicznego. U konkretnego chorego mogą bowiem występować - i to z różnym nasileniem - objawy nerwic różnych typów, z dominacją jednego z nich, a ten obraz kliniczny może zmieniać się w czasie.

W nerwicy lękowej dominującym przeżyciem jest odczuwanie lęku niekiedy pod postacią gwałtownego napadu, czasem w sposób przewlekły czy nawracający. Czynniki wyzwalaające lęk mogą być bardzo różne: nagłe wydarzenia, wypadki, doznane przykrości, bardzo różnego rodzaju niepowodzenia życiowe, konflikty zewnętrzne czy wewnętrzne, świadomość osamotnienia, choroba. Bardzo czę-

sto lękowi towarzyszą różne zaburzenia wegetatywne. Paradoksalne „błędne koło” może przejawiać się „lękiem przed możliwością wystąpienia lęku” (tzw. lęk antycypacyjny).

Stany lękowe wyzwalane są czasem w konkretnych sytuacjach czy w kontakcie z określonymi przedmiotami. Są to tzw. fobie (lęk fobiczny), wśród których rozróżnia się fobie proste czyli pojedyncze, agorafobię i fobie społeczne.

Przykłady fobii:

- a) fobie proste: przed burzą, przed zwierzętami, lęk wysokości, lęk przed chorobą i brudem połączony czasem z wewnętrznym przymusem częstego mycia rąk;
- b) agorafobia - lęk otwartej przestrzeni, w wielkim gmachu, na ulicy, w środkach lokomocji; lęk przed zwróceniem na siebie uwagi przy usiłowaniu opuszczenia tych przestrzeni; agorafobii towarzyszy czasem klaustrofobia;
- c) fobie społeczne: lęk przed kontaktami z ludźmi, zwłaszcza z większą grupą, lęk przed wystąpieniem publicznym, przed skompromitowaniem się.

Lękom i fobiom towarzyszą najczęściej nasilone objawy wegetatywne i zaburzenia zachowania (widoczny niepokój, drżenie rąk i inne).

Nerwica natręctw występuje rzadko. Wiąże się czasem z fobiami i przeżywaniem lęku. Natręctwa myślowe, a więc natrętne myśli, narzucają się świadomości chorego wbrew jego woli i nierzadko dotyczą treści przez niego nieakceptowanych (np. myśli bluźniercze czy obsceniczne). Niekiedy myśli natrętne sprowadzają się do nieuzasadnionych - w opinii samego chorego - wątpliwości co do sprawności własnego działania, np. czy wyłączył gaz, światło i zamknął zamki u drzwi. Będąc pewny, że to zrobił, doznaje jednak przymusu sprawdzania (czasem parę razy), choć jest świadom, że nie ma to sensu.

Natręctwa mają czasem wyraz ruchowy, jak np. „przymusowe” (pomimo krytycznej świadomości, że jest to absurdalne) liczenie na ulicy okien czy pięter mijanych domów, liczenie płyt chodnikowych, stąpanie tylko na ich obrzeżach bądź wspomniane już nadmiernie częste mycie rąk w obawie przed chorobą.

W nerwicy hipochondrycznej chorzy wykazują nadmierne zainteresowanie własnym stanem zdrowia, z obniżeniem progu świadomego odczuwania wszelkich bodźców pochodzących z narządów wewnętrznych, a więc rzeczywistych czy wyolbrzymionych (w świadomości chorych) zaburzeń funkcji organizmu. Chorzy mają niekiedy poczucie ciężkiej choroby, zasięgają rady czasem u kilku lekarzy; uwagi uspokajające przyjmują jako wyraz lekceważenia ich stanu i zmierzają do zainteresowania otoczenia swoją chorobą jako szczególnie ważnym problemem. Może to być przejawem maskowania jakiegoś innego własnego problemu. Z medycznego punktu widzenia ważną rzeczą jest nieprzeoczenie jakiegś konkretnej ciężkiej choroby, która na tle nieco teatralnego obrazu nerwicy hipochondrycznej może zostać nie zauważona lub zlekceważona.

W neurastenii głównymi dolegliwościami chorych są: osłabienie bądź wręcz uczucie wyczerpania, brak energii, męczliwość, trudność skupienia się, obniżenie nastroju, drażliwość, zaburzenia snu, bóle głowy i różne zaburzenia wegetatywne. Stanowi temu towarzyszy brak zdecydowania, poczucie niepewności czy skrupuły. Zespół neurasteniczny towarzyszy czasem cięższym chorobom.

Symptomatologia nerwicy histerycznej może być bardzo różnorodna, tak że występujące w niej objawy mogą przypominać obrazy kliniczne rozmaitych chorób psychicznych. Charakterystyczna jest przewaga procesów emocjonalnych i popędowych nad poznawczymi. Istotną rolę dla występowania reakcji histerycznych odgrywają nieświadome motywy życzeniowe. Zaburzeniom świadomości (omdlenia, niepamięć, zamroczenie jasne) towarzyszą zaburzenia w układzie czuciowo-ruchowym, jak: zaburzenia stania i chodu, histeryczna ślepotą, głuchota lub bezgłos, zaburzenia czucia (niezgodne z polami unerwienia przez odpowiednie korzenie nerwowe czy nerwy), drżenia, drgawki, niedowłady i porażenia ruchowe. Zachowanie chorego bywa przy tym dziwne, czasem teatralne. Objawy te występują nagle, napadowo, a mijają nierzadko również nagle. Reakcje histeryczne nie są w pełni świadome. Nerwice histeryczne występują częściej, chociaż nie wyłącznie, u ludzi o osobowości histerycznej, a więc ze skłonnością do teatralnego demonstrowania emocji.

do wywierania wrażenia na otoczeniu i do zachowań, które można określić jako niedojrzałe.

Nerwica depresyjna bywa określana jako łagodne zaburzenie depresyjne, w przeciwieństwie do cięższego zaburzenia tego typu, jakim jest depresja endogenna (p. s. 42). Różnicowanie tych dwóch chorób bywa niełatwe, a dla niefachowca czasem niemożliwe. Dominującym objawem nerwicy depresyjnej jest stan obniżenia nastroju, a więc uczucie smutku, braku zadowolenia, pesymizm. Chorzy uskarżają się często na bóle głowy, zaburzenia snu i różne zaburzenia i dolegliwości spotykane w innego typu nerwicach (p. „objawy osiowe”, s. 46).

Początek nerwicy depresyjnej wiąże się najczęściej z przeżyciem jakiejś dużej przykrości życiowej, straty bliskiej osoby czy znacznego niepowodzenia, czasem przesadnie czy opacznie interpretowanego przez chorego. Dotyczy to często osób, które jeszcze z dzieciństwa wyniosły skłonność do obaw, trudności w kontaktach z innymi bądź właśnie w dzieciństwie przeżyły stratę kogoś bliskiego.

2.6. Toksykomanie: uzależnienia i inne zaburzenia psychiczne w następstwie używania substancji psychoaktywnych (alkoholizm, narkomania, nikotynizm)

2.6.1. Uwagi ogólne

Wymienione w tytule grupy substancji i środków mogą wywoływać zmiany w zachowaniach i w samopoczuciu ich konsumentów. Fakt ten uzasadnia określenie tych środków jako psychoaktywnych. Efekt ich działania bywa: pobudzający, uspokajający, nasenny, przeciwbólowy, a niektóre z nich wywołują jeszcze inne działania, a nawet zaburzenia psychiczne.

Po jednorazowym przyjęciu dużej dawki któregoś z tych środków

mogą wystąpić objawy ostrego zatrucia z zaburzeniem różnych funkcji psychicznych, przede wszystkim z zaburzeniem świadomości.

Przewlekła toksykomania może być przyczyną wielu głębokich zaburzeń somatycznych (uszkodzenia narządów wewnętrznych) i psychicznych, jak np. omamów czy innych zaburzeń poznawczych, zaburzeń osobowości, zaburzeń afektywnych i innych.

Dokładniejszego wyjaśnienia wymaga zjawisko, jakim jest zespół uzależnienia. Problem nie polega tylko na tym, że dotknięty jakąś toksykomania (alkoholik czy narkoman) doznaje przyjemności z konsumowania używki i w związku z tym często - a nawet coraz częściej - po nią sięga. Chory uzależniony sięga po używkę (np. alkohol czy narkotyki) nie dlatego albo nie tylko dlatego, żeby doznać przyjemnej dla niego zmiany samopoczucia, ale dlatego, że bez zastosowania odpowiedniej dawki określonej używki chory dosłownie nie jest w stanie żyć i funkcjonować. Użyte określenie „nie jest w stanie żyć” należy tu rozumieć nie w przenośni ani niejako wyraz tylko szczególnego upodobania, ale dosłownie: jako - spowodowaną przez przewlekłą toksykomanie - zależność biologicznego funkcjonowania komórek mózgu (i innych narządów) od alkoholu czy narkotyku (s. 54, 55). Jest to zatem uzależnienie fizyczne i psychiczne.

W stanach uzależnienia zatem piętnowanie czy karanie pojedynczego faktu np. upicia się (upojenia patologicznego, czasem nawet po niewielkiej ilości alkoholu) jest bezprzedmiotowe i niecelowe, tak jak jest to celowe w stosunku do osób dopuszczających się sporadycznie pijaństwa, ale nie uzależnionych (upojenie zwykłe). Stany uzależnienia wymagają profesjonalnej terapii.

Do rozpoczęcia używania i nadużywania środków psychoaktywnych może przyczynić się wiele czynników. Największą chyba rolę odgrywają - zwłaszcza u młodzieży - uwarunkowania psychologiczno-społeczne, jak: kryzysy wieku młodzieńczego, bunt przeciwko konwencjom, normom społecznym, konflikty międzypokoleniowe, kryzysy rodzinne, nieżyczliwy i restrykcyjny stosunek otoczenia do młodzieży, wpływy i mody rówieśniczych grup młodzieżowych czy środowiska pracy (tzw. uzależnienie społeczne), brak poczucia sensu życia i kryzys wartości moralnych, wreszcie ciężkie stresy.

2.6.2. Alkoholizm

Na wielką wagę problemów, jakie wiążą się ze spożywaniem alkoholu, wskazują przedstawione niżej liczby i zjawiska (cytowane dane dotyczą sytuacji w Polsce).

Liczba osób w Polsce z problemem alkoholowym, a więc nadmierne pijących, oceniana jest - według różnych źródeł - na poziomie od 3 milionów (56) do co najmniej 4 milionów (12); w tym liczba osób uzależnionych od alkoholu wynosi od 600 000 (56) do przynajmniej 1 miliona, przy czym większość tych uzależnionych nie jest objęta leczeniem (12). Co czwarty mieszkaniec naszego kraju ma w swoim otoczeniu osobę z. problemem alkoholowym (56). Roczne spożycie alkoholu w kraju wyraża się w przypadającej na jednego mieszkańca (bez względu na wiek) liczbie litrów 100% alkoholu, po wyliczeniu jego zawartości w skonsumowanych objętościach różnych napojów alkoholowych (wódkach, winie i piwie).

W latach 1990 - 1997 **rejestrowane spożycie** alkoholu nie ważyło się zbyt i wynosiło od 6,2 do 6,4 litra 100% alkoholu na jednego mieszkańca (51), ale analiza przeprowadzona pośrednimi metodami estymacji dla tego samego okresu określiła **rzeczywiste** (a nie tylko rejestrowane) **spożycie** na 10 do 11 litrów stuprocentowego alkoholu na jednego mieszkańca (12, 51).

Bardzo istotną sprawą związaną ze spożywaniem alkoholu jest zjawisko proporcji spożywanych różnych napojów alkoholowych, czyli tzw. struktura ich konsumpcji. Jak wynika z oficjalnego „II Raportu o Polityce Wobec Alkohol” z roku 1990 (82). Polska w roku 1987 pod względem spożycia alkoholu (7 l.) była dopiero na 25. miejscu wśród 37 krajów europejskich (głównie) i pozaeuropejskich (82), ale pod względem spożycia napojów spirytusowych (a więc wódki) była na miejscu trzecim; wyprzedzały nas tylko ówczesna NRD i Węgry (82). Świadczy to wyraźnie, iż w Polsce pije się przede wszystkim wódkę, a więc trunki spirytusowe wysokoprocentowe, a mniej - niż w innych krajach - piwa i wina.

To bardzo niekorzystne zjawisko struktury spożywania napojów alkoholowych z preferencją wódki ulega w ostatnich latach wyraźnej zmianie. Jak wynika z najnowszych badań i publikacji (51),

udział poszczególnych rodzajów napojów alkoholowych (piwa, wina i wódki) w ogólnej strukturze sprzedaży i strukturze spożycia tych napojów uległ między rokiem 1990. a 1997. wyraźnej zmianie: otóż w okresie tym systematycznie zwiększa się sprzedaż i spożycie wina, a przede wszystkim piwa, a zmniejsza się sprzedaż i spożycie wódek, przy stabilnej - jak już wyżej wspomniano - ogólnej konsumpcji alkoholu. Jednakże ogólnie oceniając, konsumpcja napojów alkoholowych w obecnej dekadzie jest, niestety, wyższa niż w latach osiemdziesiątych (51).

Wobec faktów nadużywania alkoholu w naszym kraju, jak również w związku ze stosowaną - zwłaszcza wobec kierowców - kontrolą spożywania napojów alkoholowych warto przypomnieć, jak manifestują się objawy zatrucia alkoholowego, w zależności od wyrażonego w promilach (‰) stężenia etanolu we krwi. Ilustruje to następująca tabela:

Tabela 2. Rozwój objawów zatrucia alkoholowego w zależności od stężenia etanolu we krwi (wg 14)

Stężenie etanolu we krwi w ‰	Objawy zatrucia alkoholowego
0,5- 1,0	Opóźnienie czasu reakcji, zaburzenia ostrości wzroku, nadmierna pobudliwość.
1,0-2,0	Upośledzenie równowagi i koordynacji ruchów, obniżenie progu bólu, przyspieszenie akcji serca, wzrost ciśnienia tętniczego, agresywność, euforia, pobudzenie seksualne.
2,0-3,0	Zaburzenia chodu: chód na szerokiej podstawie (tj. na rozstawionych nogach) chwieanie się i przewracanie; spowolnienie, senność, mowa bełkotliwa; brak kontroli nad zachowaniem.
3,0-4,0	Głębokie zaburzenia świadomości lub śpiączka; spadek ciśnienia tętniczego i ciepłoty ciała; zanik odruchów fizjologicznych.
ponad 4,0	Głęboka śpiączka, zaburzenia czynności ośrodkowego układu nerwowego i oddechowego; możliwość zgonu.

Przez uzależnienie od alkoholu czyli alkoholizm w ścisłym sensie rozumie się stan, kiedy pijący traci kontrolę nad piciem, a więc nie może przez dłuższy okres zachować abstynencji i stanowczo poszukuje alkoholu.

Alkoholicy (a więc uzależnieni od alkoholu) miewają różne sposoby picia: albo codzienne, albo regularne (np. cotygodniowe) spożywanie dużych ilości alkoholu, albo okresowe, tzw. ciągi picia.

Do uzależnienia od alkoholu dochodzi tym szybciej, im młodszy jest wiek osoby nadużywającej alkoholu; u osoby powyżej 25. roku życia okres ten może wynosić lata, a u osoby poniżej 20. roku życia - miesiące (44).

Współczesna wiedza medyczna, a zwłaszcza postępy w dziedzinie biochemii wyjaśniły, na czym polegają mechanizmy uszkodzenia i zaburzenia funkcji komórek układu nerwowego (mózgu) i komórek wątroby. W następstwie tych zaburzeń dochodzi do wytworzenia się tzw. tolerancji alkoholu (konieczności spożywania większych jego ilości dla osiągnięcia zadowalającego funkcjonowania w życiu codziennym) i do zespołu abstynencji (zespołu odstawienia).

Szczegółowe opisanie tych zaburzeń biologicznych wykraczałoby poza ramy tego podręcznika. Warto jednak streścić je w kilku punktach.

Po pierwsze komórki wątrobowe, dokonujące metabolizmu (przemiany, biotransformacji, degradacji) różnych substancji, a więc i alkoholu, zaczynają to czynić coraz sprawniej i szybciej, co przyczynia się do tolerowania coraz większych ilości alkoholu. Podobne zjawisko zachodzi u narkomanów w odniesieniu do przyjmowanych narkotyków.

Poza tym proces biotransformacji alkoholu przebiega nie tylko szybciej, ale i opacznie, w wyniku czego powstający w wątrobie w dużych ilościach aldehyd octowy tworzy z białkami komórek mózgowych połączenia, będące przyczyną uczucia głodu alkoholowego.

Zasadniczym wszakże (choć nie jedynym) mechanizmem prowadzącym do uzależnienia od alkoholu - a w razie jego braku - do występowania drastycznych objawów abstynencji - są stopniowo pogłębiające się, w toku przewlekłego nadużywania alkoholu, zabu-

rzenia funkcji błony komórek ośrodkowego układu nerwowego. Prowadzi to do zakłócenia w uwalnianiu się neuroprzekazników z komórek nerwowych. Wykazano doświadczalnie, że komórki te adaptują się do alkoholu poprzez pewne przemiany w budowie biochemicznej ich błony. Ta adaptacja „ratuje” funkcjonowanie komórki nerwowej, ale staje się ono zależne od stałej obecności alkoholu w organizmie (44).

Uzależnienie od alkoholu, uwarunkowane opisanymi wyżej zjawiskami patologicznymi, przejawia się m. in. występowaniem tzw. zespołu abstynencyjnego z odstawienia alkoholu. Zespół ten ujawnia się u osób uzależnionych w okresie od kilkunastu do 24 godzin po zaprzestaniu picia. Objawami tego zespołu są: dolegliwości przewodu pokarmowego (np. nudności, wymioty), niepokój, pobudzenie, drżenie rąk i języka, ból głowy, bezsenność, osłabienie, zwyżka ciśnienia tętniczego, przyspieszenie akcji serca (tętna), potliwość, uczucie zmęczenia. Te bardzo przykre dla chorego objawy mogą ustąpić po spożyciu następnej porcji alkoholu.

Trwanie zespołu abstynencji przez 2-3 doby może doprowadzić - w razie braku pomocy lekarskiej - do ciężkich, a nawet groźnych zaburzeń narządowych. Mogą także pojawić się drgawki (jak w epilepsji) i halucynacje.

Leczenie zespołu abstynencyjnego wymaga kategorycznie pomocy lekarskiej.

W warunkach przewlekłego nadużywania alkoholu proces uzależnienia i zaawansowania choroby alkoholowej ewoluje i nasila się stopniowo, a poszczególne fazy rozwoju tej choroby charakteryzują się następującymi objawami (44, 84):

- 1) w fazie wstępnej: poczucie ulgi psychicznej po spożyciu alkoholu oraz narastanie tolerancji alkoholu, tzn. konieczność konsumowania coraz większej jego ilości dla osiągnięcia ulgi psychicznej;
- 2) w fazie zwiastunowej: epizody niepamięci, czasem nawet po spożyciu niewielkich ilości alkoholu, picie potajemne, poczucie winy i świadomość uzależnienia od alkoholu, unikanie rozmów o alkoholu;

- 3) w fazie krytycznej: utrata kontroli nad piciem i niemożność przerwania aż do zatrucia (tj. upicia się czasem nawet do nieprzytomności); utrata lub znaczne osłabienie więzi i zainteresowań rodzinnych, towarzyskich, zawodowych; dolegliwości ze strony różnych narządów, obniżenie potencji płciowej; czasem agresywność;
- 4) w fazie przewlekłego uzależnienia: wielodniowe ciągi picia i regularne picie na czczo; spożywanie alkoholu niekonsumpcyjnego; degradacja moralna, społeczna i nawet intelektualna; zaniedbywanie obowiązków i własnego wyglądu; cięższe powikłania psychiczne (lęki, psychozy, majaczenie drżenne); izolacja, silna skłonność do agresji.

Ten stopniowy proces degradacji psychofizycznej w przebiegu choroby alkoholowej ilustruje rycina 2.

Przewlekły alkoholizm jest źródłem bardzo ciężkich problemów indywidualnych i społecznych.

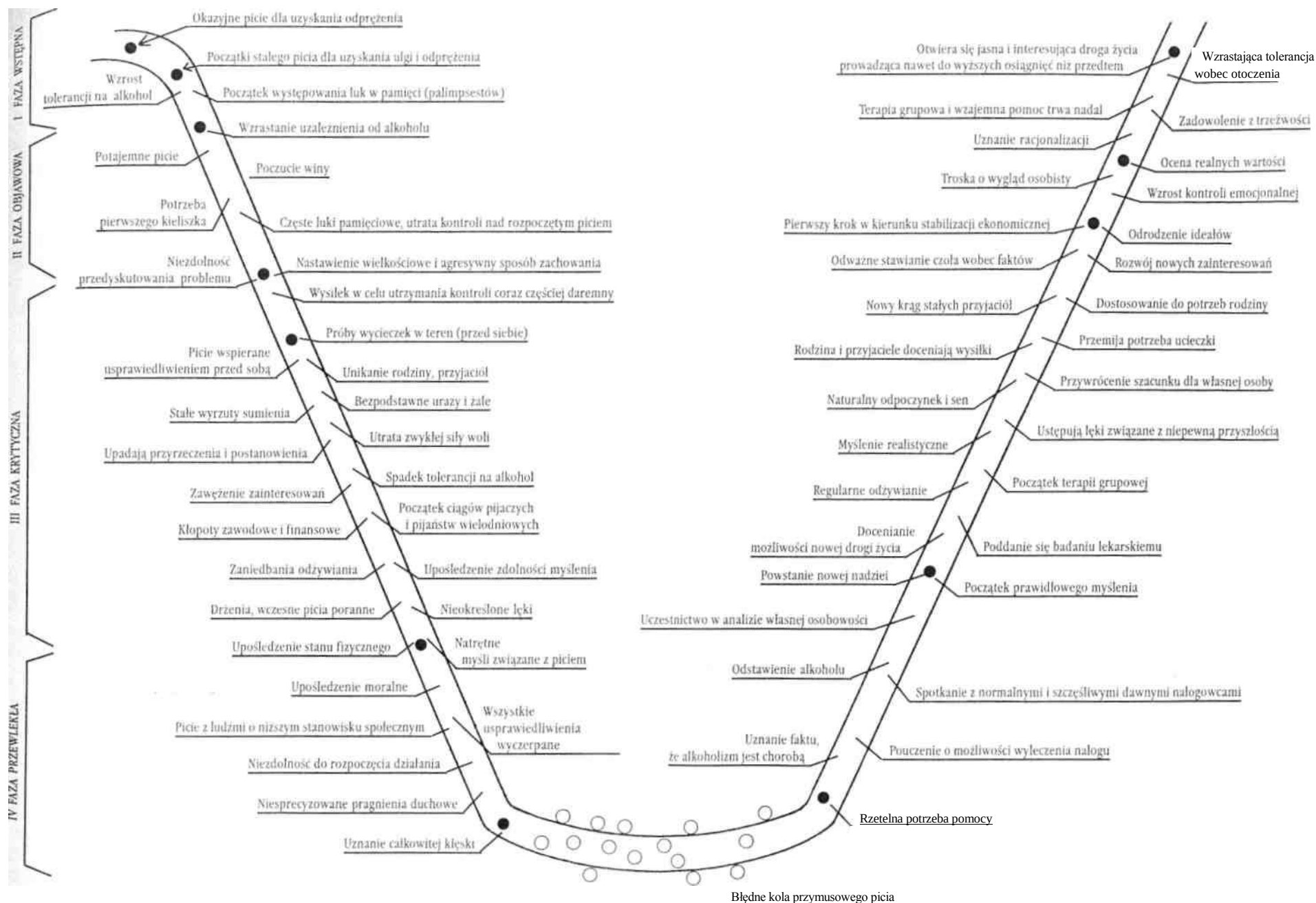
Przede wszystkim u osób dotkniętych tą chorobą dochodzi nie- rzadko do różnych powikłań somatycznych, neurologicznych czy psychicznych.

Powikłaniami somatycznymi bywają: choroby układu pokarmowego (zapalenie błony śluzowej lub owrzodzenie żołądka, biegunki, marskość wątroby, zapalenie trzustki), choroby nowotworowe układu pokarmowego i oddechowego (krtani, płuc).

Powikłania neurologiczne mogą przebiegać pod postacią zapaleń wielonerwowych nerwów obwodowych, degeneracji mózdzku lub uszkodzeń mózgu (atrofii, tzw. encefalopatii ze zmianami charakterologicznymi).

Zaburzenia psychiczne na tle przewlekłego alkoholizmu mogą przybierać różną formę kliniczną: a) ostrej lub przewlekłej halucynozy alkoholowej (z omamami), b) tzw. majaczenia drżennego (delirium) z zaburzeniami świadomości, omamami, lękiem, pobudzeniem psychoruchowym, czasem z agresywnością, c) zespołu amnestycznego (zaburzenia pamięci).

Trzeba także pamiętać, że wśród nadużywających alkoholu samobójstwa zdarzają się wielokrotnie częściej niż w ogólnej popula-



Rycina nr 2. Droga rozwoju nałogu alkoholowego oraz powrotu do zdrowia wg Glatta. 1963 (22).

cji (10 razy częściej wg statystyk policyjnych w Polsce w latach osiemdziesiątych) (82).

Powszechnie znany jest niezwykle negatywny wpływ nadużywania alkoholu na życie rodzinne (zwiększenie liczby rozwodów), na stosunki i nasilenie absencji w zakładach pracy, na zakłócenia porządku publicznego o charakterze przestępstw różnego rodzaju, na liczbę wypadków drogowych (nierazko ze skutkami śmiertelnymi) i w ogóle na stosunki międzyludzkie. Wszystkie te współzależności są także przedmiotem badań i analiz (82).

Zarówno osoby leczące czy chcące dopomóc choremu uzależnionemu od alkoholu, jak i - może przede wszystkim - sam pacjent, muszą zdawać sobie sprawę z faktu, iż uzależniony alkoholik może przestać pić alkohol, ale do końca swego życia będzie alkoholikiem. Co to oznacza? Oznacza to, że nawet najmniejsza ilość alkoholu wypita po wielu latach abstynencji alkoholowej może spowodować u alkoholika (zdawałoby się: byłego alkoholika) nawrót choroby alkoholowej. „Nie istnieje żaden lek ani metoda, która pozwoliłaby alkoholikowi, nawet po wieloletniej abstynencji, uzyskać zdolność kontrolowanego, «bezproblemowego» picia” (T. Kulisiewicz, 44).

Abstynencja alkoholowa do końca życia jest przeto bezwzględnie koniecznym warunkiem odejścia od alkoholizmu.

Nie jest to wszakże jedyny warunek. Leczenie alkoholizmu musi rozpocząć się - u zdecydowanego na to pacjenta - od postępowania lekarskiego. Jest ono bezwzględnie konieczne w przypadkach wystąpienia ostrych objawów zespołu abstynencyjnego i w przypadkach majaczenia (delirium) czy omamów (halucynacji).

Leczenie ściśle lekarskie oraz metody farmakoterapii i detoksykacji wykraczają poza ramy tego podręcznika i poza kompetencje duszpasterza.

Jednakże w wyrwaniu chorego z nałogu alkoholizmu pomoc ściśle lekarska jest niewystarczająca. Konieczna jest tu pomoc ludzi życzliwych z otoczenia chorego, a więc przede wszystkim rodziny. Bardzo cenna może być także pomoc duszpasterza.

Próba dopomożenia choremu lub choćby próba nawiązania z nim

kontaktu napotyka duże trudności. Chory uzależniony od alkoholu zwykle neguje swoją chorobę, nie rozumie całej jej złożoności (- naprawdę nie rozumie, a nie udaje), często jest nieźrównoważony w zachowaniu i w kontaktach z innymi i w ogóle unika rozmowy na temat swego nałogu. Niełatwo jest więc przebić się przez ten mur trudności.

Przede wszystkim trzeba samemu zrozumieć to niezwykle skomplikowanie zjawiska, jakim jest alkoholizm, proces uzależnienia (p. s. 54), różnych uwarunkowań psychologicznych i społecznych. Uproszczeniem byłoby sprowadzanie tego wszystkiego do kategorii złej woli, nieopanowania, braku kultury osobistej itp.

Duszpasterz winien okazać choremu uzależnionemu życzliwe zainteresowanie jego losem i trudnościami, z jednej strony - nie bagatelizując zła, jakie jest następstwem jego alkoholizmu, z drugiej zaś - życzliwie zachęcając i motywując do podjęcia leczenia i wskazując realną możliwość „wyrwania się z matni”. Trzeba również starać się „skomplikować” choremu jego pojęcie o chorobie, wskazać, jaki to złożony proces i jakie czynniki czy okoliczności przyczyniają się do jego trwania.

Chodzi o to, aby chory uznał własną bezradność wobec alkoholu i aby zaakceptował pomoc.

Poza tymi oddziaływaniami o charakterze psychoterapeutycznym duszpasterz - z natury swej misji kapłańskiej - winien uciekać się do motywacji duchowej, religijnej, akcentując również moralny obowiązek podjęcia leczenia. Sytuacja duszpasterza jako spowiednika wzbogaca jeszcze bardziej możliwość wspierania duchowego i oddziaływania religijnego.

Bardzo istotne jest jednocześnie wspieranie najbliższej rodziny chorego, wspieranie nie tylko duchowe, ale i intelektualne: osobiste lub poprzez wskazane popularne publikacje na temat alkoholizmu i możliwości jego leczenia.

Trudno oczekiwać, iż efekty leczenia profesjonalnego i pomocy otoczenia będą szybkie i spektakularne.

Zwrotny i zbawienny moment w procesie wyzwalania się z alko-

holizmu wiąże się z uświadomieniem sobie przez chorego, że właśnie jest „chorym na alkoholizm”, że sam jest wobec tej choroby bezradny, że potrzebuje pomocy od innych i przyjmie tę pomoc, że decyduje się na zupełne odstawienie alkoholu. Jest to jak gdyby nawrócenie, a nierzadko jest dziełem nawrócenia religijnego.

W procesie tego powrotu do trzeźwości kontakt duszpasterza może być bardzo pomocny dla procesu zdrowienia. Proces ten wymaga bowiem pracy nad sobą, odkrywania hierarchii wartości i prawdy o sobie, budzenia dojrzałości i odpowiedzialności, odbudowania więzi z ludźmi i postawy miłości, zwłaszcza wobec najbliższych. Ten stopniowy proces wyzwalania się z choroby i odbudowywania zdrowego życia ilustruje rycina 2.

Życie religijne i modlitwa może odegrać w tych przemianach kluczową rolę.

Istnieje uzasadnione przekonanie, potwierdzone wieloletnim doświadczeniem wielu tysięcy ludzi w bardzo wielu krajach, że alkoholikowi, który szczerze pragnie wyrwać się z nałogu, może najlepiej w tym dopomóc drugi alkoholik, który zerwał z alkoholem, osiągnął już styl trzeźwego życia bądź który szczerze do tego zmierza. Doświadczenia te przyczyniły się do powstania bardzo obecnego rozwinętego na świecie, również w Polsce, ruchu Anonimowych Alkoholików (grupy AA). Obok koniecznych - na początku leczenia - działań lekarskich i niezbędnej psychoterapii (również tej nieprofesjonalnej, świadczonej przez otoczenie chorego), kontakt z ludźmi, przeżywającymi te same problemy i zmierzającymi szczerze do wyzwolenia się z alkoholizmu i utrzymania się w trzeźwości - jest jedną z najskuteczniejszych metod wychodzenia z tego nałogu.

Przytoczone poniżej „Dwanaście Kroków Anonimowych Alkoholików” i „Dwanaście Tradycji Anonimowych Alkoholików” ilustruje najlepiej, jakie są cele i założenia tego ruchu i zasady funkcjonowania wspólnot AA, w których absolutnie anonimowo spotykają się ludzie różnych - jak się okazuje - zawodów i statusu społecznego.

DWANAŚCIE KROKÓW AA

Są to kroki, dzięki którym blisko milion mężczyzn i kobiet uzyskało trzeźwość we Wspólnocie Anonimowych Alkoholików:

1. Przyznaliśmy, że jesteśmy bezsilni wobec alkoholu, że przestaliśmy kierować własnym życiem.
2. Uwierzyliśmy, że siła większa od nas samych może przywrócić nam zdrowie.
3. Postanowiliśmy powierzyć naszą wolę i nasze życie opiece Boga, jakkolwiek Go pojmujemy.
4. Zrobiliśmy gruntowny i odważny rachunek moralny.
5. Wyznaliśmy Bogu, sobie i drugiemu człowiekowi istotę naszych błędów.
6. Staliśmy się całkowicie gotowi, aby Bóg uwolnił nas od wszystkich wad charakteru.
7. Zwróciliśmy się do Niego w pokorze, aby usunął nasze braki.
8. Zrobiliśmy listę osób, które skrzywdziliśmy i staliśmy się gotowi zadośćuczynić wszystkim.
9. Zadośćuczyniliśmy osobiście wszystkim, wobec których było to możliwe, z wyjątkiem tych przypadków, gdyby zraniło to ich lub innych.
10. Prowadziliśmy nadal obrachunek moralny, z miejsca przyznając się do popełnionych błędów.
11. Dążyliśmy poprzez modlitwę i medytację do coraz doskonalszej więzi z Bogiem, jakkolwiek Go pojmujemy, prosząc jedynie o poznanie Jego woli wobec nas oraz o siłę do jej spełnienia.
12. Przebudzeni duchowo w rezultacie tych kroków, staraliśmy się nieść posłanie innym alkoholikom i stosować te zasady we wszystkich naszych poczynaniach.

DWANAŚCIE TRADYCJI ANONIMOWYCH ALKOHOLIKÓW

1. Nasze wspólne dobro powinno być najważniejsze, wyzdrowienie każdego z nas zależy bowiem od jedności Anonimowych Alkoholików.

2. Jedynym i najwyższym autorytetem w naszej wspólnocie jest miłujący Bóg, jakkolwiek może się On wyrażać w sumieniu każdej grupy. Nasi przewodnicy są tylko zaufanymi sługami, oni nami nie rządzą.
3. Jedynym warunkiem przynależności do AA jest pragnienie zaprzestania picia.
4. Każda grupa powinna być niezależna we wszystkich sprawach, z wyjątkiem tych, które dotyczą innych grup lub AA jako całości.
5. Każda grupa ma jeden główny cel: nieść posłanie alkoholikowi, który wciąż jeszcze cierpi.
6. Grupa AA nigdy nie powinna popierać, finansować ani używać nazwy AA żadnym pokrewnym ośrodkom ani jakimkolwiek przedsiębiorstwom, ażeby problemy finansowe, majątkowe lub sprawy ambicjonalne nie odrywały nas od głównego celu.
7. Każda grupa AA powinna być samowystarczalna i nie powinna przyjmować dotacji z zewnątrz.
8. Działalność we wspólnocie AA powinna na zawsze pozostać honorowa; dopuszcza się jednak zatrudnianie niezbędnych pracowników w służbach AA.
9. Anonimowi Alkoholicy nie powinni nigdy stać się organizacją, dopuszcza się jednak tworzenie służb i komisji bezpośrednio odpowiedzialnych wobec tych, którym służą.
10. Anonimowi Alkoholicy nie zajmują stanowiska wobec problemów spoza ich wspólnoty, ażeby imię AA nigdy nie zostało uwikłane w publiczne polemiki.
11. Nasze oddziaływanie na zewnątrz opiera się na przyciąganiu, a nie na reklamowaniu; musimy zawsze zachowywać osobistą anonimowość wobec prasy, radia i filmu.
12. Anonimowość stanowi duchową podstawę wszystkich naszych tradycji, przypominając nam zawsze o pierwszeństwie zasad przed osobistymi ambicjami.

Modlitwa AA

Boże, użycz mi
P o g o d y ducha

abym godził się z tym,
czego zmienić nie mogę,
o d w a g i ,
abym zmieniał to,
co zmienić jestem w stanie
i m ą d r o ś c i ,
abym odróżniał
jedno od drugiego.

2.6.3. Uzależnienie od opiatów (11, 12, 13, 56, 72)

Substancje tej grupy to przetwory maku: morfina i heroina oraz środki morfinowe otrzymywane drogą syntetyczną, jak dolantyna, matadon i wreszcie kodeina. Najbardziej rozpowszechnione jest stosowanie drogą dożylną tzw. „kompotu”, czyli wywaru ze słomy mawkowej, najczęściej produkcji domowej. Obecnie w Polsce liczba osób uzależnionych od opiatów dochodzi do 30 000 i dotyczy w większym stopniu mężczyzn niż kobiet, głównie w grupie wiekowej 20-30 lat, i to przeważnie w ośrodkach miejskich i turystycznych. Leczonych w ośrodkach specjalistycznych z powodu uzależnienia jest około 3000 osób rocznie.

Z powodu przedawkowania, którego głównym następstwem jest porażenie ośrodka oddechowego, umiera w Polsce do 180 osób rocznie, a ogólna umieralność wśród przyjmujących opiaty oceniana jest na 2% rocznie.

Rozpowszechnienie dożylnego stosowania „kompotu” - nierzadko niejałowymi strzykawkami - jest przyczyną zwiększonej zapaadalności na bardzo różne choroby zakaźne, spośród których najgroźniejsze jest zakażenie wirusem HIV.

Charakterystyczne „przyjemne” objawy po przyjęciu opiatów trwają (w zależności od preparatu) przez okres od 4 do około 12 godzin i polegają na uczuciu euforii, odprężenia i ciepła.

Występujące potem przykre objawy abstynencji to: pragnienie przyjęcia następnej dawki, niepokój, drażliwość, bezsenność, nud-

ności, łzawienie, kurcze i bóle mięśni, przyspieszenie tętna i oddechu, rozszerzenie źrenic i inne.

Przewlekłymi następstwami przyjmowania opiatów są: upośledzenie stanu ogólnego, brak łaknienia, upośledzenie popędu seksualnego, zwężenie źrenic i inne.

Osiągnięcie trwałego wyleczenia jest trudne i nie jest możliwe bez leczenia szpitalnego.

W działalności zmierzającej do osiągnięcia trwałej abstynencji, tj. zarzucenia przyjmowania narkotyków przez osoby od nich uzależnione, wielką rolę odgrywają - poza działalnością leczniczą i rehabilitacyjną psychiatrycznej Służby Zdrowia - różne organizacje społeczne, a przede wszystkim MONAR, który prowadzi stacjonarne ośrodki rehabilitacji i readaptacji społecznej dla narkomanów.

Wielką przeszkodą w tej działalności bywają nieprawidłowe, nieżyczliwe i nie oparte na żadnych racjonalnych przesłankach postawy społeczne wobec grup narkomanów (w tym również chorych na AIDS) skupionych w tego rodzaju ośrodkach rehabilitacyjnych.

2.6.4. Uzależnienia od innych narkotyków (11, 12, 13, 56)

Kokaina

Może być palona w postaci papierosów, wzięwana jak tabaka, stosowana doustnie przez żucie liści Coca lub podawana dożylnie. Obecnie w Polsce kokaina rzadko jest przyczyną uzależnienia.

Zastosowanie małej dawki daje uczucie euforii. Objawy zatrucia po większych dawkach to: pobudzenie psychoruchowe, przyspieszenie oddechu i akcji serca, wzrost ciśnienia tętniczego, nudności, wymioty, niekiedy omamy i urojenia.

Amfetamina

Narkotyk ten wywołuje euforię, przyspieszenie toku myślenia, pobudzenie psychoruchowe. Po dużych dawkach, poza wspomnianym wzmożeniem samopoczucia, mogą wystąpić: stany urojenio-we, przyspieszenie tętna, zwyżka ciśnienia tętniczego, dreszcze, poty, nudności.

Po zaprzestaniu przyjmowania amfetaminy występuje obniżenie samopoczucia, senność, osłabienie.

Przetwory konopi indyjskich czyli kanabinoły (haszysz, marihuana)

Środki te przyjmowane są w formie palenia papierosów. Objawy zależności narkotykowej występują po dłuższym czasie stosowania narkotyku.

Marihuana działa podobnie jak alkohol, a więc początkowo euforyzuje, a następnie obniża nastrój. Wyraźne objawy głodu narkotycznego występują po dłuższym czasie niż w przypadkach stosowania opiatów.

Przyjęcie dużej dawki (tj. wypalenie w krótkim czasie wielu papierosów) może wywołać stany urojeniowe i napadowe zaburzenia emocjonalne (lęk, płacz, euforię).

Środki halucynogenne (lizergid - LSD, meskalina, psylocybina - zawarte w niektórych grzybach).

Środki te są przyjmowane doustnie, rzadziej w formie papierosów. W Polsce uzależnienia od nich są bardzo rzadkie.

Występujące po spożyciu tych środków stany psychotyczne (omamy i urojenia) mogą utrzymywać się przez szereg dni, imitując kliniczny obraz schizofrenii. Występują też różne zaburzenia nastroju. W ostrych zatruciach pojawiają się też objawy somatyczne: wzrost temperatury ciała, ciśnienia tętniczego, przyspieszenie tętna, rozszerzenie źrenic.

Nie występują objawy odstawienia (abstynencji).

Substancje wziewne (lotne rozpuszczalniki organiczne)

Zagrożenie tego typu toksykomania wynika po pierwsze z faktu, iż dotyczy ona dzieci szkół podstawowych i młodzieży szkół zawodowych oraz sąd, iż chodzi tu nie o narkotyki (w ścisłym sensie) czy leki, ale o łatwo dostępne środki, jak kleje (przede wszystkim butapren), rozpuszczalniki organiczne, emalie, benzynę i inne.

Inhalowanie tych środków daje uczucie euforii, wywołuje agresję, zaburzenia świadomości, bełkotliwą mowę, niezdolność do ruchów i inne. Znacznie wzmożeniu działania tych środków sprzyja inhalowanie ich po nałożeniu na głowę plastikowego worka, co może

być groźne dla życia. Długotrwała toksykomania prowadzi do uszkodzenia mózgu, szpiku kostnego i narządów mięsnych (wątroby i nerek). Ostre zatrucie może być przyczyną zgonu. „Wąchacze” stają się czasem konsumentami innych narkotyków.

2.6.5. Udział duszpasterza w terapii osób uzależnionych

Udziału i roli duszpasterza w tej dziedzinie nie można ani przeceniać, ani nie doceniać. Oznacza to, że - z jednej strony - samo oddziaływanie duszpasterskie jest tu niewystarczające, z drugiej zaś - tkwią w tym działaniu duże możliwości dopomożenia w leczeniu uzależnień, i to zarówno poprzez inspirowanie przeżycia religijnego, ukierunkowującego człowieka ku wyższym wartościom, jak i poprzez psychoterapię, choćby w „wydaniu amatorskim”(59).

W stanach ostrych zatruc konieczne jest zapewnienie pacjentowi opieki lekarskiej (ewentualnie nawet szpitalnej). Zagrożenie ostrych zatruc dla życia chorego może wynikać ze stopnia intoksykacji substancją psychoaktywną bądź z ostrych zaburzeń stanu psychicznego, mogących doprowadzić do samobójstwa.

W takiej nagłej sytuacji bardzo celowe jest ustalenie - w miarę możliwości - rodzaju używanego przez pacjenta narkotyku, zwłaszcza że niebezpieczne dla zdrowia i życia może być nie tylko samo ostre zatrucie, ale również zaburzenia fizyczne i psychiczne w następującym potem zespole abstynencji, co dotyczy zwłaszcza przyjmujących opiaty.

W niniejszym tekście świadomie pominięte są metody leczenia farmakologicznego, gdyż jest ono domeną postępowania wyłącznie lekarskiego.

Poza stanami upojenia narkotycznego, dającymi choremu uzależnionemu jakiś stopień euforii, poczucia ulgi czy odprężenia, jest on człowiekiem nieszczęśliwym, nie będącym w stanie normalnie funkcjonować społecznie, człowiekiem traktowanym niechętnie, jeśli nie wręcz odrzucanym. A przecież człowiek nawet dorosły - podobnie jak dziecko - potrzebuje akceptacji otoczenia, zwłaszcza osób

bliskich, potrzebuje życzliwości i miłości innych. I tych uczuć powinien doznać ze strony kapłana, jeśli już dojdzie do takiego kontaktu celowo czy przypadkowo. Nie może to oznaczać akceptacji i pochwały postępowania narkomana, ale współczucie i - mimo wszystko - niekłamana, nie udawana, ale szczerą życzliwość. Może to utorować drogę do wykrycia przyczyn frustracji i załamania oraz okoliczności przyczyniających się do procesu uzależnienia. A mogą przy tej okazji ujawnić się jakieś - mimo wszystko - dobre cechy osobowości chorego.

Nie istnieją żadne ściśle określone słowa czy sformułowania, którym można by przypisać szczególne znaczenie psychoterapeutyczne wobec pacjenta uzależnionego. Warto jednak wysilić własną pomysłowość, aby w toku naturalnej, raczej koleżeńskiej niż mentorskiej rozmowy starać się przestawić punkt zainteresowań chorego z jego własnej osoby, z doraźnego doznawania złudnych przyjemności, zależnych od nadużywania środków chemicznych, na sprawy i obszary z pewnością bardziej interesujące i rzeczywiste, jak pożyteczna i satysfakcjonująca działalność pracownika czy ucznia. Na tej drodze chory może doznać takich przeżyć, jak: własny rozwój, radość, odpowiedzialność za siebie i innych, poczucie spełnionego obowiązku i roli odgrywanej w społeczeństwie, satysfakcji z pokonywania trudności i więzi emocjonalnych z innymi ludźmi.

Nakreślone powyżej rady i sugestie psychoprofilaktyki oznaczają kierunek działania, którego realizację trudno zaplanować i przewidzieć w czasie, ale którego celem jest odbudowanie systemu wartości i rozwój ku dojrzałej osobowości.

Wielką rolę w resocjalizacji tych chorych może odegrać terapia zajęciowa, praca, uprawianie sportów i realizacja ciekawych zainteresowań.

Na świecie jest wdrażanych bardzo wiele form profilaktyki i resocjalizacji narkomanów (11). W Polsce najbardziej twórczo i konkretnie działa - poza Służbą Zdrowia - MONAR.

Przedmiotem zainteresowania duszpasterza powinny być także skutki narkomanii w rodzinie osób uzależnionych (dotarcie do śro-

dowisk rodzinnych!), w szkole i w środowiskach młodzieżowych. Dotarcie do tych środowisk, ulegających nierzadko dewiacjom różnych tzw. subkultur młodzieżowych, jest bardzo trudne (11).

Chyba słuszne są postulaty uwzględniania problematyki narkomanii (niebezpieczeństw, oceny moralnej) na wszystkich szczeblach katechezy, również katechezy osób dorosłych.

2.6.6. Nikotynizm (13, 49, 55, 56)

Wielu osobom może wydać się dziwne, przesadne, a nawet obraźliwe zaliczanie nawyku palenia tytoniu do grupy toksykomanii, razem z narkomanią i alkoholizmem. I chociaż nikotynizm nie prowadzi do degradacji psychicznej i zaburzeń osobowości tak szybko i w takim stopniu, jak mogą to powodować narkotyki, jak również nie wywołuje znacznych zaburzeń zachowania, to jednak nikotyna została uznana za środek psychoaktywny. Za słuszością tego stanowiska przemawia chociażby fakt występowania zespołu abstynencyjnego po nagłym zaprzestaniu palenia papierosów, bo ta forma korzystania z nikotyny (a nie wzięcie tabaki czy żucie liści tytoniu) jest niemal wyłączna. Objawy zespołu abstynencji, który może utrzymywać się różnie długo (nawet do kilkunastu tygodni), są następujące: drażliwość, trudność skupienia się, napięcia psychiczne, bóle głowy, wzmoczenie łaknienia i różne inne dolegliwości.

Rozpoczęcie palenia tytoniu (zwykle w wieku młodym) wynika najczęściej z ambicji naśladowania rówieśników lub rodziców w praktykowaniu tego zwyczaju. Szybko dochodzi do uzależnienia.

Obecnie nie ma wątpliwości co do ogromnej szkodliwości palenia tytoniu dla zdrowia fizycznego, co jest powszechnie znane. Około 95% przypadków raka płuc u mężczyzn i 80% - 85% u kobiet to następstwo palenia tytoniu. Mężczyźni wypalający 25 do 40 papierosów dziennie narażają się na raka płuc około 25 razy bardziej niż niepalący. Ryzyko występowania raka jamy ustnej i raka krtani jest u palaczy tytoniu od 5 do 10 razy większe niż u niepalących. Poza

płucami, jamą ustną i krtanią, narządami dotkniętymi chorobą nowotworową na skutek palenia tytoniu bywają: tchawica, oskrzela, gardło przełyk, trzustka, nerki i inne (49).

U kobiet skojarzenie palenia tytoniu z przyjmowaniem estrogenowych środków antykoncepcyjnych przyczynia się do wzrostu ryzyka zawału serca: dwukrotnie - u kobiet młodych, a około dwudziestokrotnie - u kobiet po 40. roku życia (49).

Również występowanie nieżyłtów dróg oddechowych i choroby wieńcowej jest wielokrotnie częstsze u palaczy niż u osób niepalących. Te ostatnie, przebywając często w bliskości osób palących, są narażone na „bierny” nikotynizm, co najgorzej odbija się na zdrowiu dzieci.

Dowiedzione są również negatywne skutki palenia tytoniu dla procesów rozrodczych, jak również dla dzieci już w prenatalnym okresie ich życia (55). Wielkie rozpowszechnienie palenia tytoniu w skali społecznej (niepomierzenie większe niż narkotyków) i wspomniane wyżej szkodliwość tego nałogu sprawiają, iż jest on - w skali całego społeczeństwa - przyczyną większych szkód na zdrowiu niż wszystkie pozostałe środki psychoaktywne razem wzięte.

Toteż w wielu krajach wprowadza się zakaz palenia tytoniu w różnych miejscach publicznych i instytucjach oraz znaczne ograniczenia w reklamowaniu papierosów.

Nie można pomijać faktu odpowiedzialności moralnej palących za zdrowie własne i innych oraz odpowiedzialności za reklamowanie wyrobów tytoniowych. Nikotynizm jest nałogiem bardzo zakorzenionym w społeczeństwach i traktowanym bardzo tolerancyjnie. W potocznych rozmowach krytyka jego sprowadza się do żartów.

Pozbycie się tego nałogu jest trudne, ale w pełni realne (24). Niezbędnym i najważniejszym warunkiem zerwania z nałogiem jest własna decyzja, a bardzo pomocne mogą być różne metody i techniki ułatwiające wycofanie się z palenia, jak np.: stosowanie gumy do żucia zawierającej nikotynę, akupunktura, psychoterapia grupowa i inne (24). Niektóre osoby, którym udało się rzucić palenie, uczyniły to natychmiast, bez żadnych metod czy etapów przejściowych i zalecają taki właśnie sposób pozbycia się nałogu.

2.7. Homoseksualizm (3, 4, 5, 6)

Homoseksualizmem określa się pociąg seksualny bądź również wynikające stąd działania seksualne w stosunku do osób (osoby) tej samej płci.

Zjawisko homoseksualizmu jest bardzo złożone i przyjmuje w konkretnych przypadkach różne formy i stopnie nasilenia. Obok seksualizmu rzeczywistego i aktywnego, kiedy dotknięty nim człowiek jest przekonany o swoim nastawieniu homoseksualnym i aktywnie je realizuje, istnieją formy seksualizmu pozornego, polegającego raczej na lęku przed skłonnościami homoseksualnymi, które taki człowiek u siebie podejrzewa. Zdarzają się również przypadki homoseksualizmu pasywnego, polegającego na przeżywaniu tylko pragnień homoseksualnych.

Nie można w sposób jednoznaczny określić przyczyny homoseksualizmu. Powstanie i utrwalenie się skłonności homoseksualnych może mieć źródło w:

- niewłaściwych relacjach wzajemnych między rodzicami lub między którymś z rodziców a dzieckiem;
- deprawacji homoseksualnej, zwłaszcza uwiedzeniu (lub próbie uwiedzenia) dziecka czy nastolatka;
- nieakceptacji płciowości w wyniku błędów wychowawczych;
- deprawacji w warunkach odosobnienia ludzi młodych (więzienia, internaty).

Uogólniając te czynniki przyczynowe można stwierdzić, że homoseksualizm jest następstwem nieprawidłowego rozwoju osobowości, w połączeniu ze szkodliwymi wpływami środowiskowymi bądź wręcz w zależności od nich.

Nie ma natomiast podstaw do przypuszczenia, iżby homoseksualizm miał podłoże genetyczne lub by był następstwem jakichś - determinujących tę dewiację - zaburzeń biologicznych (somatycznych).

Jednoznaczne stanowisko Kościoła Katolickiego i jego negatywna ocena moralna homoseksualizmu zostały wyraźnie określone w dokumentach Kościoła i w innych publikacjach (10).

Według Katechizmu Kościoła Katolickiego (31), „*Tradycja, opierając się na Piśmie Świętym, przedstawiającym homoseksualizm jako poważne zepsucie, zawsze głosiła, że «akty homoseksualizmu z samej swojej wewnętrznej natury są nieuporządkowane» (38). Są one sprzeczne z prawem naturalnym; wykluczają z aktu płciowego dar życia. Nie wynikają z prawdziwej komplementarności uczuciowej i płciowej. W żadnym wypadku nie będą mogły zostać zaaprobowane*” (31, art. 2357).

W Liście do Biskupów Kościoła Katolickiego o duszpasterstwie osób homoseksualnych z roku 1986 (39) czytamy: „*Szczególna skłonność osoby homoseksualnej, choć sama w sobie nie jest grzechem, to jednak stwarza mniej lub bardziej silną skłonność do postępowania, które z punktu widzenia moralnego jest złe. Z tego powodu sama skłonność musi być uważana za obiektywnie nieuporządkowaną*”.

W skali światowej stosunek do homoseksualizmu uległ w ciągu ostatnich paru dziesięcioleci bardzo istotnym i niepokojącym przemianom, inspirowanym zresztą przez zorganizowane środowiska homoseksualistów, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych Ameryki (69). Dominująca dawniej (przez wieki) negatywna ocena tej dewiacji seksualnej, połączona nierzadko ze społeczną dezaprobatą wobec ludzi dotkniętych homoseksualizmem, zaczęła - w skali społecznej - ustępować miejsca odmiennemu stanowisku, aprobowanemu homoseksualizm lub co najmniej nie dyskryminującemu go. Zmiana ta nie dotyczy tylko pewnych kręgów opinii społecznej, ale objęła bardzo szerokie kręgi profesjonalne i prawodawcze, nawet na szczeblu międzynarodowym. Mowa tu o następujących faktach (wg 4, 5, 65):

- w roku 1973. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne usunęło homoseksualizm z rejestru chorób (uznało, że nie jest on chorobą ani zaburzeniem zdrowia);
- w 1981 r. Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy zaapelowało do Światowej Organizacji Zdrowia o usunięcie homoseksualizmu z wykazu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób;
- w 1987 r. Światowa Organizacja Zdrowia uznała, iż traktowanie homoseksualizmu jako choroby jest błędem;

- w 1993 r. Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła ustalenie, że orientacja homoseksualna nie może być uznana za zaburzenie;
- w 1994 r. (7 lutego) rezolucja Parlamentu Wspólnoty Europejskiej wezwała parlamenty wszystkich krajów wspólnoty, aby przyznały homoseksualistom prawo do zawierania małżeństw homoseksualnych i do adopcji dzieci (65).

Wspomniana wyżej rezolucja Parlamentu Wspólnoty Europejskiej spotkała się z natychmiastową i zdecydowaną reakcją Ojca św. Jana Pawła II. Otóż podczas przemówienia na „Anioł Pański” w dniu 20 lutego 1994 r. Ojciec św. stwierdził: „*W tym miejscu trzeba wspomnieć o głośnej i znanej rezolucji, przyjętej niedawno przez Parlament Europejski. Nie ma ona na celu jedynie obrony osób o skłonnościach homoseksualnych przed niesprawiedliwą dyskryminacją. Z takim celem zgadza się także Kościół, więcej - popiera taką postawę i sam ją przyjmuje, jako że każdy człowiek zasługuje na szacunek. Moralnie niedopuszczalne jest natomiast nadawanie sankcji prawnej praktyce homoseksualnej, zrozumiałość wobec tych, którzy grzeszą i nie są w stanie uwolnić się od tej skłonności, nie jest przecież równoznaczna ze złagodzeniem wymogów normy moralnej (por. Yeritatis splendor, 95). Chrystus przebaczył kobiecie cudzołożnej, ratując ją przed ukamienowaniem (por. J 8,1-11), ale zarazem powiedział jej: «Idź, a od tej chwili już nie grzesz!» (J 8,11).*

Mówię to z wielkim smutkiem, bo wszyscy żywimy wielki szacunek dla Wspólnoty Europejskiej, dla Parlamentu Europejskiego; wiemy, jak bardzo zasłużona jest to instytucja. Trzeba jednak powiedzieć, że rezolucja Parlamentu Europejskiego domaga się prawnego uznania nieladu moralnego. Parlament w sposób nieuprawniony nadał walor prawny zachowaniom dewiacyjnym, niezgodnym z zamysłem Bożym; wiemy, że człowiek ulega słabościom, ale Parlament w ten sposób poparł ludzkie słabości.

Nie uznano faktu, że prawdziwym prawem człowieka jest zwycięstwo nad samym sobą, które pozwala żyć w zgodzie z prawym sumieniem. Bez podstawowej świadomości norm moralnych życia ludzkiemu i godności człowieka grozi rozkład i zniszczenie. Zapominając o słowach Jezusa: «Prawda was wyzwoli» (J 8,32), próbuje

się ukazać mieszkańcom naszego kontynentu zło moralne, dewiację, swoistą niewolę jako drogę wyzwolenia, fałszując samą istotę rodziny.

Nie może stanowić prawdziwej rodziny związek dwóch mężczyzn lub dwóch kobiet, a tym bardziej nie można przyznawać takim związkom prawa do adopcji osieroconych dzieci. Dzieciom tym wyrządza się poważną krzywdę, ponieważ w takiej «rodzinie zastępczej» nie znajdują ojca i matki, ale «dwóch ojców» albo «dwie matki». Ufam, że parlamenty krajów europejskich zdobędą się na dystans w stosunku do tej propozycji i w obchodzonego obecnie Roku Rodziny będą chronić rodziny, z których składają się nasze społeczeństwa i narody o pradawnych tradycjach, przed tym fundamentalnym zagrożeniem..» (29).

Warto tu także przytoczyć znamieny fragment z pochodzącego z 1939 r. memoriału władz hitlerowskich „w sprawie traktowania ludności okupowanej Polski” (obszerny fragment jest przytoczony także na s. 250). Otóż urząd do spraw polityki rasowej NSDAP skierował do władz okupacyjnych na terenie Polski szereg zaleceń, mających na celu osłabienie rozwoju demograficznego i „narodowego podniesienia” polskiej ludności. Obok zaleceń rozszerzania antykoncepcji i niekaralności zawodowego przeprowadzania poronień znalazła się także dyrektywa: „*Homoseksualizm należy uznać za niekaralny*” (53). Okupantowi z pewnością nie chodziło o akt tolerancji, ale o popieranie dewiacji osłabiającej ludzi moralnie i biologicznie.

Współcześnie nie wchodzi w ogóle w grę problem karalności czy niekaralności homoseksualizmu. Na drodze do przeciwdziałania rozwojowi tej dewiacji w skali społecznej i do wyzwolenia się z homoseksualizmu w indywidualnych przypadkach pojawiła się - jak wyżej wspomniano - nowa przeszkoda: jest nią stwierdzenie, iż homoseksualizm nie jest chorobą ani zaburzeniem stanu zdrowia psychofizycznego, przy czym to nie umotywowane i nie udowodnione ani psychologicznie, ani biologicznie stwierdzenie podtrzymują niektóre organizacje psychiatryczne i instytucje prawa międzynarodowego. Stanowisko takie podważa motywację do walki z homoseksualizmem (nie z homoseksualistami!, nie o to chodzi) oraz dezorientu-

je społeczeństwo, a przede wszystkim tych, którzy chcą się z tej dewiacji wyzwolić. Należy o tym pamiętać, zwłaszcza w związku z wchodzeniem Polski do struktur i organizacji ogólnoeuropejskich i w związku z tendencjami do unifikacji prawodawstwa międzynarodowego.

Jak pomagać homoseksualistom w procesie wyzwolenia się z tej dewiacji, jak przezwycięzać skłonności homoseksualne?

Po pierwsze trzeba zdawać sobie sprawę z tego, że homoseksualista to najczęściej człowiek cierpiący (bardziej lub mniej świadomie), przeżywający swoją „inność”, wewnętrznie rozdarty, odczuwający niezaspokojenie emocjonalno-seksualne, a często również poczucie osamotnienia, nierzadko doświadczający dezaprobaty lub odrzucenia ze strony otoczenia; związanie się ze środowiskami homoseksualistów, dostarczające doraźnie satysfakcji wspólnoty, w istocie nie uwalnia od poczucia izolacji.

Po drugie, chcąc pomóc homoseksualiście w jego niedoli, nie wolno „zaszufladkować” go do jakby jednoznacznego rozpoznania „homoseksualizmu”. Jak wspomniano na początku - jest to pojęcie bardzo złożone i niejednorodne, należy więc do każdego przypadku podejść indywidualnie. Chodzi tu konkretnie o próbę rozeznania, czy mamy do czynienia z osobą przeżywającą tylko lęki i myśli homoseksualne, czy też angażującą się aktywnie w kontakty homoseksualne. W miarę możliwości bardzo warto uświadomić sobie i podopiecznemu genezę jego zaburzeń (uwiedzenie, wpływy środowiska młodzieżowego czy rodzinnego) oraz czynniki i okoliczności sprzyjające zaburzeniom.

Rozeznanie tych spraw może być niekiedy bardzo trudne, wymagające dłuższego czasu, a niekiedy może przerastać nasze możliwości, skłaniając do konsultacji z osobą bardziej kompetentną w zakresie diagnostyki psychologicznej i psychoterapii.

Łatwiej i szybciej można osiągnąć przezwyciężenie skłonności homoseksualnych, jeśli dotyczą one osoby młodej i jeśli sprowadzają się do lęków przed ewentualnym własnym homoseksualizmem, faktycznie nie realizowanym.

Oddziaływanie psychoterapeutyczne i duszpasterskie jest znacznie trudniejsze wobec osób z silnymi skłonnościami homoseksualnymi.

„Z pewnością w sprawowaniu posługi duszpasterskiej takich homoseksualistów trzeba przyjmować z rozważną łagodnością i wzbudzać w nich nadzieję, że kiedyś przezwyciężą swoje trudności i swoje wyobcowanie społeczne. Roztropnie będzie się również osądzać problem ich winy. Jednakże nie wolno posługiwać się żadną duszpasterską metodą czy rozumowaniem, które dawałoby im moralne usprawiedliwienie z tej racji, że uprawianie homoseksualizmu uznawano by za zgodne z sytuacją tych ludzi. Albowiem ze względu na obiektywny porządek moralny stosunki homoseksualne są czynami pozbawionymi niezbędnego i istotnego uporządkowania..” (38).

Wyzwalanie się z homoseksualizmu bywa czasem bardzo trudne. Podejmując trud dopomożenia osobie zranionej tą dewiacją warto pamiętać o kilku ważnych punktach tego rodzaju psychoterapii.

Po pierwsze podstawową sprawą dla rozpoczęcia tego procesu jest determinacja podopiecznego, a więc jego szczerza i stanowcza wola wyzwolenia się z tej dewiacji i wola podjęcia pracy nad sobą (samowychowania). Inspiracje psychoterapeutyczne mogą pomóc w utrwaleniu tej determinacji, która musi być wszakże aktem woli samego pacjenta.

Następnie pacjent powinien kategorycznie zerwać ze środowiskami „gejowskimi” i kategorycznie zaniechać wszelkich kontaktów homoseksualnych.

Należy usilnie starać się o przełamanie egocentryzmu pacjenta, wyrażającego się - podobnie jak to bywa w nerwicy - nieustanną koncentracją uwagi na własnej „doli”; trzeba, aby pacjent mimo wszystko starał się odnieść z pewnym dystansem do swojej słabości, a bardziej zainteresował się innymi problemami własnymi i innych ludzi.

Warto dopomóc mu w tym, aby dostrzegł jakieś pozytywne cechy własnej osoby czy własnej aktywności. Podstawową bowiem sprawą i drogą wyjścia z tej dewiacji nie jest tylko walka z nią, lecz przede wszystkim pełny rozwój własnej osobowości, a więc i dojrzałe poczucie własnej tożsamości jako mężczyzny czy jako kobiety, a zatem i prawidłowej polaryzacji własnej płciowości.

Realizacja tych ogólnie sformułowanych postulatów i celów dzia-

łania samowychowawczego i psychoterapeutycznego bywa trudna i długa. Stojąc przed takimi zadaniami warto sięgnąć do obszerniejszych publikacji oraz korzystać z pomocy zaufanych profesjonalistów (psychoterapeutów, psychologów, duszpasterzy).

2.8. Masturbacja czyli onanizm (6)

Masturbacja, czyli onanizm jest niedojrzałą formą zachowania seksualnego, polegającą na dobrowolnym pobudzaniu narządów płciowych celem zaspokojenia popędu płciowego bez udziału partnera.

Masturbacja może zdarzać się u dzieci przed okresem dojrzewania, ale najczęściej występuje u nastolatków w okresie dojrzewania.

Istnieje na ogół skłonność do rozpatrywania tego zjawiska w obszarze problematyki ściśle seksualnej. Otóż trzeba silnie podkreślić, że dla zrozumienia tego zaburzenia, jego najczęstszych przyczyn. jego - niekiedy - uprzedzania się, a przede wszystkim dla możliwości świadczenia właściwej pomocy w uwolnieniu się od tego nałogu, trzeba być świadomym faktu, iż główne problemy tkwią tu najczęściej w sferze pozaseksualnej.

Najczęstszymi przyczynami praktykowania masturbacji u dzieci i młodzieży są napięcia psychiczne, lęk i brak poczucia bezpieczeństwa, które niekiedy bywają następstwem: nieporozumień, a czasem klótni w rodzinie (zwłaszcza między rodzicami), złego, a czasem wręcz brutalnego traktowania dziecka (znęcanie się, bicie), stawiania dziecku czy nastolatkowi wysokich wymagań, przekraczających jego możliwości sprostania im czy choćby tylko traumatyzowania dziecka czy nastolatka przejawami oschłości emocjonalnej. Dziecko traci w tej atmosferze wiarę w siebie, czasem wręcz nie akceptuje siebie i w warunkach tej izolacji znajduje odruchowo w masturbacji rozładowanie napięć emocjonalnych. Opisane wyżej przyczyny nie muszą nawet występować w pełnym ich zestawie i w tak dramatycznym nasileniu, aby już generować zaburzenia emocjonalne.

Źródłem poczucia ciągłego zagrożenia psychicznego, przyczy-

niającego się do uprawiania masturbacji, mogą być różne inne trudne okoliczności życiowe w wieku dziecięcym czy młodzieńczym.

Przyczyną uprawiania samogwałtu może być także deprawacja ze strony osób dorosłych czy rówieśników.

Negatywną rolę czynnika wciągającego młodzież w tę dewiację odgrywają nierzadko obrazy filmowe, telewizyjne bądź teksty - jeśli nie wręcz pornograficzne - to ukazujące sferę życia seksualnego w sposób cyniczny i nieodpowiedzialny, jako dziedzinę nie mającą odniesień moralnych i nie zintegrowaną z przeżywaniem wyłącznej i wiernej miłości.

Akty masturbacji zdarzają się sporadycznie u młodzieży w okresie dojrzewania, chociaż nie są one koniecznym atrybutem tego procesu życiowego. Częściej, choć nie wyłącznie, dotyczą one chłopców, u których poza tym występują czasem nie zamierzone i nie prowokowane umyślnie nocne wytryski nasienia (polucje), połączone czasem ze snami o treści erotycznej.

Ks. Józef Augustyn - autor najnowszych publikacji na temat integracji seksualnej i homoseksualizmu (4, 5, 6) - określa „kryzys masturbacji” jako łagodny, jeśli dochodzi do niej kilka razy rocznie, a najwyżej dwa razy w miesiącu; częstsze uleganie temu nałogowi (w każdym tygodniu, nawet parę razy) określa jako „kryzys ostry”. Nie chodzi tu o arbitralną terminologię i podziały, ale o uświadomienie sobie stopnia nasilenia zjawiska; w każdym wypadku jego częstotliwości - jest to kryzys.

Jest niemal regułą, że uprawiający samogwałt sami odnoszą się z dezaprobatą do tej swojej słabości, chcieliby się jej pozbyć, chociaż mają z tym wielkie trudności.

Jak można dopomóc w uwolnieniu się od tego nałogu?

Przede wszystkim warto pamiętać, czego nie należy robić, czego i jak nie należy mówić, aby nie utrwałać u dotkniętego tą dewiacją stanu napięcia, poczucia izolacji i braku nadziei na możliwość wyzwolenia się.

A więc przede wszystkim: nie bagatelizować tej sprawy jako zaburzenia psycho-fizycznego i duchowego (jako grzechu), nie należy

karać (np. dzieci czy młodszą młodzież), nie należy zawstydzać ani straszyć groźnymi następstwami.

W kontakcie i w rozmowie na te tematy - czy to z inicjatywy naszej, czy podopiecznego - należy dać wyraz wielkiej dyskrecji i delikatności.

Przede wszystkim trzeba starać się wyjaśnić przyczyny i okoliczności utrwalania się onanizmu, a przyczyny te tkwią nierzadko - jak już wspomniano - w sferze pozaseksualnej; jeśli tak, to trzeba oddziaływać bardziej na te przyczyny niż na samo zaburzenie seksualne, będące ich następstwem. Nie można wszakże zaniedbać rozeznania i zwalczania napięć seksualnych. Trudność polega na tym, aby zajmując się tym zaburzeniem nie pogłębiać egocentryzmu podopiecznego i skupiania jego uwagi na tej jego słabości. Warto rozbudzać w nim inne zainteresowania różnymi problemami życia. Nie chodzi tu tyle o odwrócenie uwagi od nałogu, a w każdym razie nie tylko o to. Najważniejszą bowiem sprawą jest rozwój jego całej osobowości i dojrzałości oraz zaniechanie niedojrzałych zachowań zarówno w sferze seksualnej, jak i emocjonalnej. Ten rozwój wymaga samowychowania, a więc pracy nad sobą, własnego starania o poszerzenie swoich zainteresowań. Przeszkodą bywa tu częsty fakt biernej postawy, zwłaszcza przy częstym praktykowaniu masturbacji. Ta mobilizacja psychiczna do oderwania się od tego nałogu wymaga także pewnego panowania nad własnymi myślami, biegnącymi czasem bezładnie ni to w ciekawość, ni to w fantazję, a czasem świadomie czy podświadomie powracającymi nawykowo do źródeł napięć seksualnych, do czasopism, książek, filmów - niekoniecznie nawet pornograficznych.

Młodzieży, która świadomie podejmuje wysiłek pozbycia się tego nałogu, duszpasterze radzą nie podejmować postanowień poprawy na długie terminy; lepiej bowiem zobowiązywać się do zaniechania nałogu (i omijania okazji do napięć seksualnych) początkowo na krótko, choćby na parę dni albo nawet na jeden dzień i następnie ponawiać te krótkoterminowe zobowiązania wobec samego siebie. Każde wypełnienie takiego zobowiązania jest pewnego rodzaju zwycięstwem nad sobą, a im więcej tych zwycięstw, tym bardziej

odbudowuje się dojrzałość i szacunek dla samego siebie, tym bardziej budzi się przekonanie o możliwości opanowania nałogu. Taka odbudowa dojrzałości i panowania nad własną zaburzoną emocjonalnością stwarza realne szanse na poprawę i wykształcenie się pozytywnego kontaktu emocjonalnego również z płcią przeciwną. Bowiem u osób dotkniętych onanizmem kontakty takie bywają trudne czy zakłócone przez kompleksy bądź nieumiejętnść spokojnego i naturalnego przeżywania odrębności pici, w szerokim i osobowym znaczeniu tego słowa, a więc nie tylko w aspekcie ściśle genitalnym, ale w aspekcie wielostronnej odrębności chłopca i dziewczyny, mężczyzny i kobiety.

Pomoc zaufanej, życzliwej i taktownej osoby - wychowawcy czy duszpasterza - może być więc bardzo cenna dla osoby zranionej tym nałogiem.

Wielką pomocą w terapii onanizmu może być motywacja religijna, a zatem również religijne przeżycie tego zranienia. Wynika stąd wielka odpowiedzialność duszpasterza za zaoferowanie wszelkich szans pomocy duchowej i psychologicznej, za odpowiedzialną, roztropną ocenę konkretnych przypadków. Cenna jest tu wskazówka sformułowana przez Katechizm Kościoła Katolickiego (31, p. 2352): *„W celu sformułowania wyważonej oceny odpowiedzialności moralnej konkretnych osób i ukierunkowania działań duszpasterskich należy wziąć pod uwagę niedojrzałość uczuciową, nabyte nawyki, stany lękowe lub inne czynniki psychiczne czy społeczne, które zmniejszają, a nawet redukują do minimum winę moralną”*.

W powyższym sformułowaniu nie chodzi o bagatelizowanie i minimalizowanie odpowiedzialności moralnej, ale o szersze rozumienie całego skomplikowanego zjawiska onanizmu, skomplikowania psychologicznego i duchowego. Rozwija tę myśl wypowiedź ks. Józefa Augustyna: *„Odpowiedzialność moralną w dziedzinie seksualnej trzeba rozszerzyć z pojedynczych aktów słabości seksualnej także na bardziej ogólną odpowiedzialność za swoje życie: za coraz większą dojrzałość emocjonalną i duchową, za swoją wolność, za sposób traktowania drugiego człowieka”* (6, s. 249).

2.9. Pornografia (71)

Jako pornografię określa się wszelkie takie kompozycje plastyczne lub teksty (a więc np. obrazy, ilustracje, zdjęcia, rzeźby, filmy, video-taśmy, teksty do czytania lub słuchania), które są przygotowywane i rozpowszechniane w celu wywołania podniecenia seksualnego u odbiorców.

Znany powszechnie fakt szkodliwości pornografii dla jednostek i dla społeczeństwa (73) znajduje potwierdzenie we wnikliwych badaniach, przeprowadzonych przez wielu autorów, zwłaszcza amerykańskich. Podsumowaniem tych badań jest opublikowana w Polsce książka D.A. Scotfa pt. *„Pornografia - jej wpływ na rodzinę, społeczeństwo, kulturę”* (71). Cenne przemyślenia i syntetyczne wnioski na ten temat przekazuje w swoich publikacjach ks. J. Augustyn (6, s. 221-224).

Jakie szkodliwości niesie za sobą pornografia? Po pierwsze koncentruje ona uwagę na ściśle fizycznych doznaniach seksualnych, bez miłości, bez przeżycia emocjonalnego, bez związku osobowego, bez intymności, prezentując zimne i instrumentalne traktowania ciała ludzkiego, pozbawione wrażliwości, a nierzadko pozbawione nawet litości.

W przeżywaniu takim nie ma zupełnie miejsca na doświadczanie miłości i rodzicielstwa. Ta nienaturalna atmosfera pornografii i nastawienie na przedmiotowe używanie ciała prowadzi bardzo często do deprawacji seksualnej, do czego skłaniają niepohamowane bodźce fizyczne.

Pornografia i aktywny jej odbiór tłumi wrażliwość moralną, a w tym także poczucie odpowiedzialności za własne życie i za życie innych ludzi, nierzadko stających się ofiarami brutalności i dewiacji, generowanej przez pornografię i jej akceptację.

Pornografia - podobnie jak używki psychoaktywne - może wytwarzać stan uzależnienia, a więc nie tylko przyzwyczajenie, ale poszukiwanie coraz bardziej dewiacyjnych obrazów i wzorców, a to może być przyczyną coraz bardziej prymitywnych zachowań, z agresją włącznie.

Przestępcy seksualni korzystają czasem z pornografii w celu przygotowania się do następnych przestępstw, których popełnianie rozładowuje ich lęk i napięcie, właściwe patologicznemu stanowi uzależnienia.

Trzeba pamiętać, że pornografia jest odbierana i funkcjonuje wcale nie tylko w obszarze tzw. marginesu społecznego, ale dociera także do młodzieży i do tzw. „normalnych” ludzi. W tych grupach wpływ pornografii może okazać się także bardzo szkodliwy. Z pewnością może ona inspirować do patologicznych zachowań seksualnych, jak: do onanizmu, dewiacji i przemocy w małżeńskich kontaktach seksualnych i do wyłącznie instrumentalnego ich przeżywania, a także poszukiwania pozamałżeńskich partnerów.

W sumie więc pornografia i jej odbiór prowadzi do zaburzeń osobowości.

Na tych ludzkich zranieniach, słabościach i załamaniach żeruje w sposób cyniczny cały przemysł pornograficzny, czerpiący stąd ogromne zyski materialne.

Walka z pornografią i jej skutkami oraz zapobieganie temu negatywnemu zjawisku winny iść w trzech kierunkach. Po pierwsze konieczne są odpowiednie uregulowania prawne, wykluczające lub co najmniej minimalizujące obecność pornografii w życiu społecznym. Po drugie - niezbędne są obywatelskie działania społeczne, mające na celu kontrolę, a przede wszystkim wspomaganie instytucji państwowych w walce z pornografią, np. poprzez monitorowanie rynku wydawniczego (przede wszystkim czasopism) i programów telewizyjnych, a także poprzez bezpośrednie protesty lub nawet zgłaszanie doniesień o nieprzestrzeganiu prawa. Trzeci bardzo istotny kierunek działań na drodze walki z pornografią to nie bezpośrednie jej zwalczanie, ale wychowanie do dojrzałego i czystego przeżywania miłości.

Jeśli chodzi o obowiązujące obecnie w Polsce ustalenia prawne, dotyczące poruszanego zagadnienia, to trzeba pamiętać (tak! pamiętać!) o Rozporządzeniu Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z dnia 21 XI 1994 r. „W sprawie szczegółowych zasad rozpowszechniania przez radio i telewizję audycji, które mogą zagrażać psychicznemu, uczuciowemu lub fizycznemu rozwojowi dzieci i młodzieży” (70).

Rozporządzenie to ustala, iż:

„...§ 1. Nadawcy radiowi i telewizyjni powinni ograniczać emisję programów, które mogą zagrażać psychicznemu, uczuciowemu lub fizycznemu rozwojowi dzieci i młodzieży. Dotyczy to w szczególności audycji:

- 1) ukazujących brutalność i przemoc, a zwłaszcza zawierających sceny znęcania się, dręczenia lub inne sceny okrutne,
- 2) zawierających zachowania naruszające normy obyczajowe, zwroty, słowa i gesty wulgarne,
- 3) drastycznie naruszających obyczajowość poprzez pornografię, prowadzących jedynie do przedmiotowego traktowania człowieka, pozbawiających wrażliwości ludzkiej i uwłaczających jego godności,

- 4) upowszechniających metody i instruktaż działań przestępczych.

§ 2. 1. Rozpowszechnianie audycji, o których mowa w § 1. może nastąpić, jeżeli jest to uzasadnione ich wysoką wartością artystyczną, dokumentalną, informacyjną lub wagą historyczną i o ile nie narusza reguł Kodeksu karnego.

2. Nadawca jest obowiązany do uprzedzenia odbiorców o charakterze audycji, zarówno w zapowiedziach programowych, jak i bezpośrednio przed emisją. W treści informacji należy wskazać, że program może mieć szkodliwy wpływ na psychiczny, uczuciowy i fizyczny rozwój dzieci i młodzieży.

3. Reklama audycji zawierających treści wymienione w § 1. nie powinna być emitowana w godzinach od 6.00 do 23.00...”

W dniu 16 grudnia 1999 r. Sejm Polski przyjął nowelizację Kodeksu karnego zaostrzającą kary m. in. za rozpowszechnianie i produkcję pornografii.

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej zawetował projekt tej nowelizacji.

Podobne sformułowania prawne, zmierzające do ochrony dzieci i młodzieży przed wpływem programów telewizyjnych prezentujących pornografię lub brutalną przemoc, zawarte są (cyt. wg 75):

1) w odpowiednim dokumencie Europejskiej Konwencji Telewizji Ponadgranicznej, sporządzonym w Strasburgu w dniu 5 maja 1989 r.

(a ratyfikowanym przez Polską dn. 15. VI. 1994 r.) i 2) w Dyrektywie Wspólnot Europejskich (art. 22) i w różnych innych aktach prawnych wielu państw (73).

Jeśli chodzi o działania społeczne w dziedzinie walki z pornografią, to trzeba odnotować, iż w roku 1994. powstało w Białymstoku (ale jako organizacja ogólnokrajowa) Stowarzyszenie Ochrony Radiosłuchacza i Telewidza (SORT). Celem tego stowarzyszenia jest „*organizowanie opinii społecznej dla zapewnienia jej skutecznego wpływu na kształtowanie audycji i programów rozpowszechnianych przez publicznych i prywatnych nadawców radiowych i telewizyjnych*” (75).

Poza organizacją SORT o charakterze ogólnokrajowym, działają w kilku miastach w Polsce grupy działaczy społecznych, prowadzących akcję „Pornografii - STOP”.

Bardzo liczne są doraźne protesty przeciwko pornografii w mediach, kierowane do różnych instancji przez rozmaite organizacje, struktury samorządowe i pojedyncze osoby. I wreszcie trzecia droga walki z pornografią, a raczej droga do zapobiegania jej szerszeniu się i jej odbiorowi - to propagowanie w wychowaniu dojrzałego i czystego życia, dojrzałej i czystej miłości. Dawid A. Scott w swojej wnikliwej publikacji, w której przedstawił analizę zjawiska pornografii i podał pewne sugestie co do przeciwdziałania jej i zmniejszenia jej następstw, pisze w zakończeniu: „*Jednakże rozwiązywanie problemów najskuteczniej odbywa się na drodze aktywnego, pozytywnego działania. Pornografia z jej skutkami godzi w dojrzałą, czystą miłość, w radość i dobrodziejstwo z tej miłości płynące. Czysta i dojrzała miłość wiernych sobie małżonków, wraz z jej seksualnym dopełnieniem, jest wielkim darem dla społeczeństwa i następnych pokoleń. Należy upowszechniać taki styl życia rodzinnego, a tych, którzy go realizują, akceptować i wspierać*” (71).

2.10. Jak rozumieć i oceniać różne sposoby reagowania w kontaktach międzyosobowych? Analiza transakcji Erica Berne'a (opracowane na podstawie książki T.A. Harrisa, 25)

Obowiązujące obecnie w seminariach duchownych w Polsce „Zasady formacji kapłańskiej” (Ratio studiorum) przewidują w programie zajęć z psychologii uwzględnianie analizy transakcyjnej.

2.10.1. Rodzic, Dorosły, Dziecko

Nie trzeba być psychologiem, lekarzem czy profesjonalistą jakiegś innej pokrewnej dziedziny aby dostrzec, iż postawy i reakcje ludzkie ulegają w życiu codziennym najrozmaitszym zmianom. Najbardziej spektakularnie ujawnia się to u dzieci, które z większym niż dorośli udziałem emocji i ekspresji demonstrują swoim zachowaniem ciekawość, radość, smutek, refleksję poznawczą, upór, konsekwencję w próbie osiągnięcia jakiegoś celu lub dezaprobatę wobec czegoś lub kogoś.

Ale podobne reakcje i stany psychiczne, jak również ich nagłe zmiany, obserwuje się stale u wszystkich ludzi, bez względu na wiek. Tym zjawiskom i zmieniającym się doznaniom psychicznym towarzyszą bardzo często - poza przekazem słownym - różne, zwykłe odruchowe fenomeny i objawy cielesne, fizjologiczne, jak np. gesty, wyraz twarzy czy niewidoczne odruchy wegetatywne: przyspieszenie bicia serca, zmiana szybkości oddechu czy zaczerwienienie twarzy.

U tego samego człowieka występują przeto różne stany psychiczne, w których mogą dominować: raz emocje, kiedy indziej poczucie nadrzędnej racji, powinności i koniecznego porządku, innym znów razem - dojrzała, samodzielna, krytyczna refleksja.

Te różne, występujące u wszystkich ludzi stany psychiczne określił Berne terminami: RODZIC, DOROSŁY i DZIECKO.

Aby wyjaśnić, co oznaczają te pojęcia w rozumieniu ich twórcy

— Erica Berne'a - warto najpierw powiedzieć, czego one nie oznaczają.

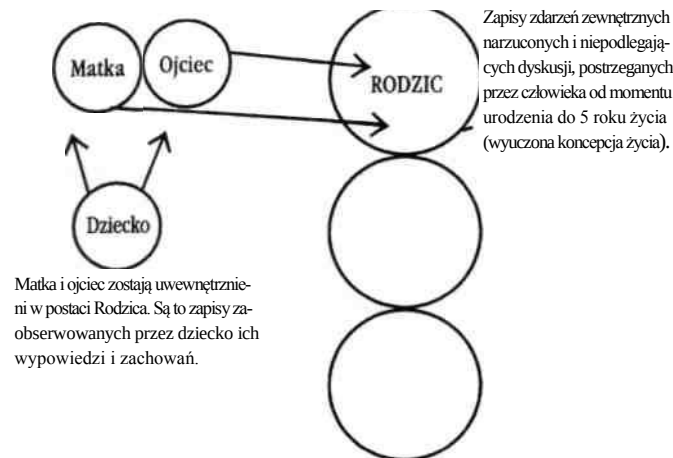
Przede wszystkim trzeba stwierdzić, iż nie są one „kalką” ani odpowiednikiem freudowskich pojęć: Superego, Ego i Id (p. s. 23).

Po drugie - należy mocno podkreślić, iż terminy : „Rodzic”, „Dorosły” i „Dziecko” wcale nie nawiązują do potocznego znaczenia tych słów ani do wieku człowieka. Są to - według Berne'a - istniejące u każdego człowieka, bez względu na jego wiek, trzy stany osobowości, niejako części składowe psychiki ludzkiej (Ryc. 3.).



Rycina nr 3. RODZIC, DOROSŁY, DZIECKO - trzy stany psychiki ludzkiej wg Berne'a (25)

Charakterystykę pojęcia „Rodzic” ilustruje rycina 4. Pojęcie to można określić jako wyuczoną koncepcję życia, a więc zbiór zasad, reguł, poglądów, które przede wszystkim są gromadzone w dzieciństwie i pochodzą od ojca i matki. Małe dziecko przyjmuje te zapisy bez zastrzeżeń nie tylko dlatego, że nie jest jeszcze zdolne do krytycyzmu, ale i dlatego, że pochodzą właśnie od ojca i matki, którzy są dla dziecka źródłem bezpieczeństwa i komfortu psychicznego. W Rodzicu są gromadzone również informacje o relacjach pomiędzy matką i ojcem; odbierana od nich obojga zgodność treści jest pozytywnym „tworzywem” psychicznym. Jeśli informacje odbierane od ojca i mat-



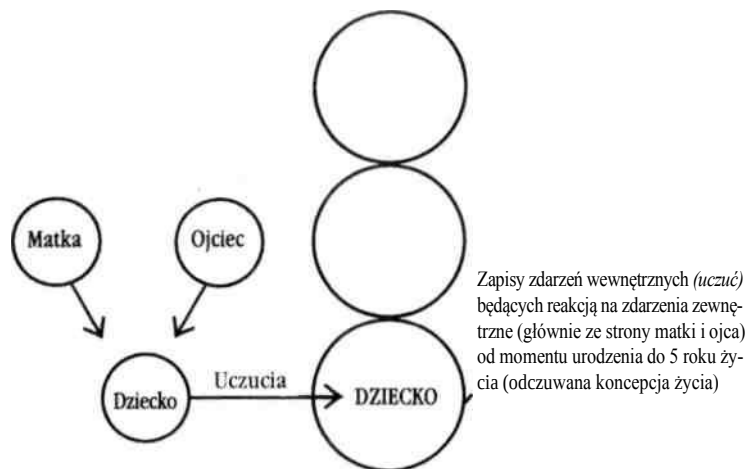
Rycina nr 4. Definicja i geneza RODZICA
(źródło ryciny - patrz s. 291)

ki są sprzeczne, to formujący się u dziecka Rodzic staje się słaby i fakt niezgodności materiałów pochodzących od ojca i matki może prowadzić do lęku.

Trzeba wskazać i na to, że ojciec i matka nie są jedynym źródłem informacji i zapisów gromadzonych w Rodzicu. Zapisy te mogą pochodzić także od innych osób z otoczenia, z telewizji i rozmaitych źródeł.

Definicję pojęcia „Dziecko” prezentuje rycina 5. Dziecko - w terminologii Berne'a - to odczuwana koncepcja życia, a więc suma przeżytych i zgromadzonych emocji (zdarzeń wewnętrznych) jako reakcja na zdarzenia zewnętrzne, doznane przede wszystkim ze strony matki i ojca. A więc Dziecko gromadzi to, czym jest „widzenie, słyszenie, odczuwanie i rozumienie” (25, s. 40). Życie dostarcza oczywiście zarówno emocji negatywnych, frustracji (i to nawet w najlepszych układach z otoczeniem), jak i emocji pozytywnych.

Emocje negatywne wiążą się w dzieciństwie z przeżywaniem np. bezradności, konieczności sprostania nakazom czy rezygnacji z przyjemności. Świadomość takich doznań prowadzi do przekonania, które Berne wyraża zdaniem: „ja nie jestem OK” (p. dalej, s. 99, 100).



Rycina nr 5. Definicja i geneza DZIECKA
(źródło ryciny - patrz s. 291)

Ale Dziecko doznaje także - zwłaszcza w okresie dzieciństwa - wielu emocji pozytywnych, które wielokrotnie pozwalają mu być przekonanym, że „jest OK.”; są to momenty pierwszych i utrwalających się doświadczeń poznawania rzeczy, ludzi, zjawisk, zdobywania i podejmowania samodzielnych decyzji czy najprostszych prób twórczości.

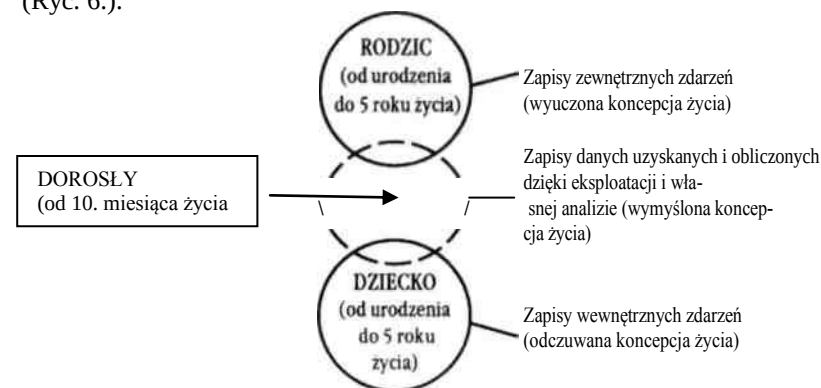
Zasadniczy zasób zapisów Rodzica i Dziecka gromadzony jest do około piątego roku życia, ale nie kończy się w tym wieku; zapisy te są gromadzone i w dalszym życiu, najczęściej wzmacniając i uzupełniając te dane, które zostały zebrane i zapisane w dzieciństwie.

W okresie dzieciństwa zostajemy zatem wyposażeni w sposób definitywny w zasadniczy zbiór zapisów i doświadczeń zgromadzonych w naszym Rodzicu i Dziecku.

Czy wynika stąd, że nasza osobowość jest kategorycznie zdeterminowana? Czy wobec tego nie możemy zmieniać się i rozwijać?

Tak nie jest, a to dzięki temu, że około 10. miesiąca życia pojawia się w nas Dorosły. Przedtem dziecko może co najwyżej alarmować bezwiednie swoim płaczem, ale jest całkowicie uzależnione od otoczenia i bierne. Około 10. miesiąca życia dziecko odkrywa moż-

liwość samodzielnego poruszania się, zmiany pozycji ciała, dotykowego poznawania i badania różnych przedmiotów, np. zabawek; zaczyna je fascynować ruch własnego ciała i poruszanie przedmiotami otaczającymi - i to wszystko jest początkiem Dorosłego, czyli myślowej koncepcji życia, będącej wynikiem „zdolności do samodzielnego wykrywania różnic pomiędzy «wyuczoną koncepcją życia» zawartą w Rodzicu a «odczutą koncepcją życia» jego Dziecka” (Ryc. 6.).



Rycina nr 6. Stopniowe powstawanie DOROSŁEGO, począwszy od 10. miesiąca życia
(źródło ryciny - patrz s. 291)

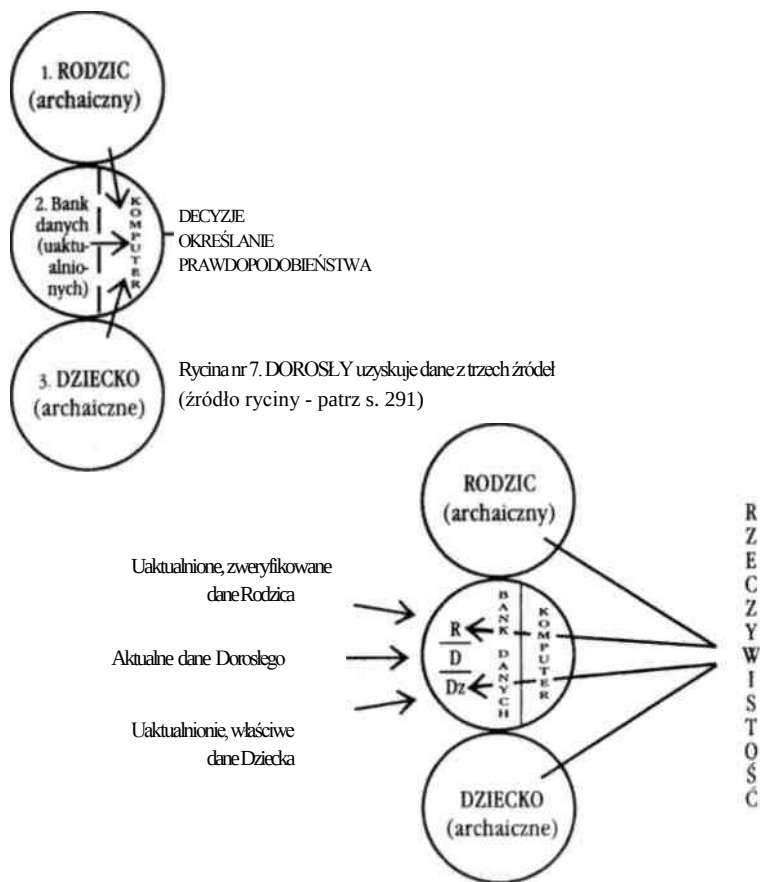
Rodzic sprawuje funkcje sędziowskie i jest podstawą dla działań odtwórczych.

Dziecko jest skłonne do reakcji nieprzemyślanych.

Dorosły natomiast gromadzi i przetwarza dane pochodzące z trzech źródeł: od Rodzica, od Dziecka i z własnych - zgromadzonych już - danych Dorosłego (Ryc. 7.).

Te dane Dorosłego są nie tylko sumą, gdyż są one oceniane, uaktualniane i - przetworzone w ten sposób - gromadzone w „komputerze” Dorosłego. To uaktualnianie danych i ich ocena dokonuje się przez własną konfrontację z rzeczywistością (Ryc. 8.) i krytyczną ocenę danych zgromadzonych w przeszłości.

Wielką trudnością dla rozwoju Dorosłego jest sytuacja, gdy od-



Rycina nr 8. DOROSŁY uaktualnia dane poprzez konfrontowanie ich z rzeczywistością
(źródło ryciny - patrz s. 291)

kryje on, iż zapisy, które ojciec i matka przekazali mu jako prawdziwe, nie są zgodne z prawdą.

Odkrycie, iż większość zapisów zgromadzonych w Rodzicu jest zgodna z rzeczywistością, zapewnia najbardziej twórczy rozwój danego człowieka.

2.10.2. Analiza transakcji

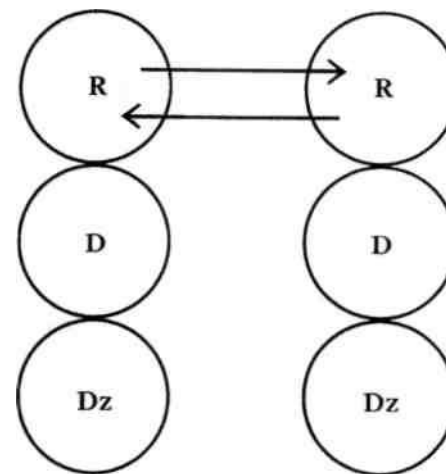
Transakcja oznacza relację pomiędzy dwiema osobami, polegającą na skierowaniu przez jedną osobę sygnału (bodźca) do drugiej osoby, która z kolei - w odpowiedzi na ten bodziec - przekazuje swoją reakcję; reakcja ta może być bodźcem, na który zareaguje pierwsza osoba, itd.

Analiza transakcji zajmuje się badaniem, z których części składowych psychiki ludzkiej: Rodzica, Dorosłego czy Dziecka - pochodzą poszczególne bodźce i reakcje na nie w toku procesu transakcji.

Dla zrozumienia pochodzenia bodźców, reakcji na te bodźce oraz dla oceny zaistniałej transakcji i jej dalszych perspektyw bardzo pomocne są schematy rysunkowe przyjęte w celu ilustrowania tych zjawisk.

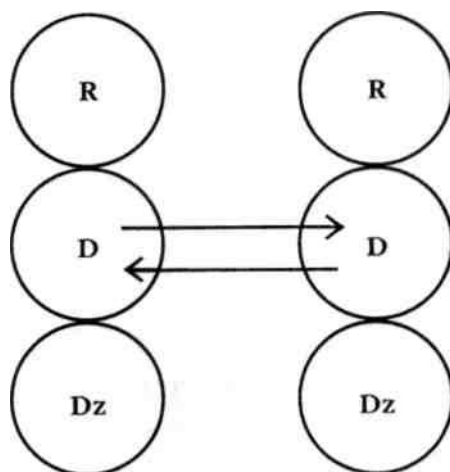
Poniżej przedstawione są przykłady różnych typów transakcji pomiędzy dwiema osobami (1. osoba = bodziec, 2. osoba = reakcja).

Przykłady transakcji „Rodzic - Rodzic”:



Rycina nr 9- Transakcja RODZIC - RODZIC

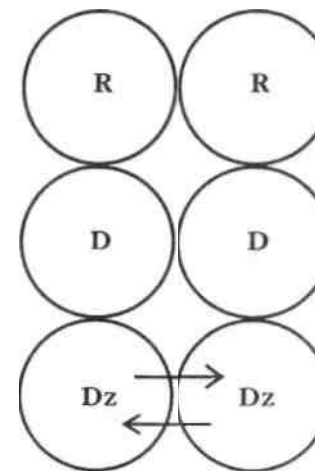
- a) Bodziec: „Dzisiejsza młodzież nie szanuje autorytetów ani tego, co posiada” (ryc. 9).
Reakcja: „To jest charakterystyczne dla naszych dekadensckich czasów”.
- b) B: „Mężczyznom nie można ufać” (ryc. 9).
R: „Tak, oni wszyscy są z natury egoistami”.
- c) B: „Bez istotnej przyczyny nie powinno się dopiero wieczorem uczęszczać na niedzielą Mszę św.” (ryc. 9).
R: „W młodości wpojono mi taką zasadę i tego się trzymam”.
- Przykłady transakcji „Dorosły - Dorosły”:**



Rycina nr 10. Transakcja DOROSŁY - DOROSŁY

- a) **B:** „Czy może mi pan pożyczyć długopis do wypełnienia blankietu?” (na pocztce) (ryc. 10).
R: „Proszę” (albo: „Nie mogę, bo widzę, że nadjeżdża mój autobus”).
- b) **B:** „Dlaczego dziś kancelaria parafialna jest nieczynna?” (ryc. 10).
R: „Bo dziś jest święto Trzech Króli” (albo np. „Ponieważ ksiądz zachorował”).
- c) **B:** „Co to jest to zielone w zupie?” (ryc. 10).
R: „Pietruszka”.

**Przykład transakcji „Dziecko - Dziecko”
(przykład z książki Harrisa (25):**



Rycina nr 11. Transakcja DZIECKO - DZIECKO

Zabawa dwóch dziewczynek:

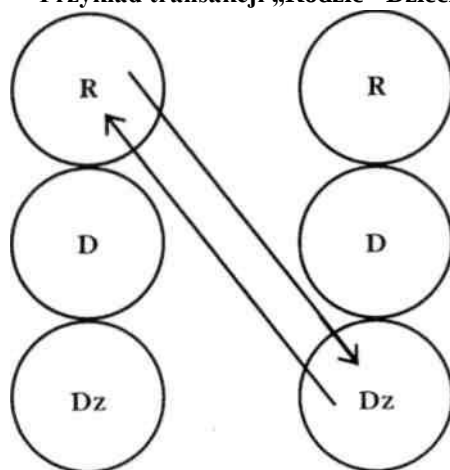
B: „Ja będę mamą, a ty małą dziewczynką” (ryc. 11).

R: „Zawsze muszę być małą dziewczynką!”

Konflikt rozwiązała pierwsza dziewczynka bodźcem pochodzącym nie z jej „Dziecka”, ale z jej „Dorosłego”, a mianowicie: „Dobrze, to zamienimy się: najpierw ty będziesz mamą, a potem ja”.

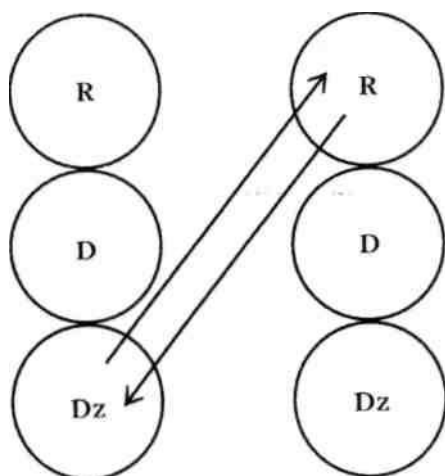
Znanym faktem jest, iż więcej transakcji typu „Dziecko - Dziecko” dokonuje się nie werbalnie, ale w działaniu. Przykładem mogą tu być gesty sympatii między dorosłymi, gesty bez słów.

W podanym wyżej przykładzie transakcji „Dziecko - Dziecko”, a także w innych tego typu transakcjach widać -jak podkreśla to Harris - że odgrywają w nich rolę przetworzone dane Dorosłego i Rodzica: chęć odegrania ważniejszej roli niż tylko „małej dziewczynki” bądź przywiązanie, plany życiowe i odpowiedzialność za siebie ludzi, przeżywających wzajemną przyjaźń czy miłość. A więc **związki między ludźmi** (wzajemne przekazywanie bodźców i reagowanie na nie) **nie mogą utrzymywać się zbyt długo bez udziału ich Dorosłego.**

Przykład transakcji „Rodzic - Dziecko”:

Rycina nr 12.
Transakcja RODZIC-DZIECKO

B: (Mąż) „To niedopuszczalne! Kolejna wyżka ceny benzyny, musimy ograniczyć nasze zamiłowanie do kierownicy (ryc. 12).
R: (Żona) „Jak my sobie poradzimy?”

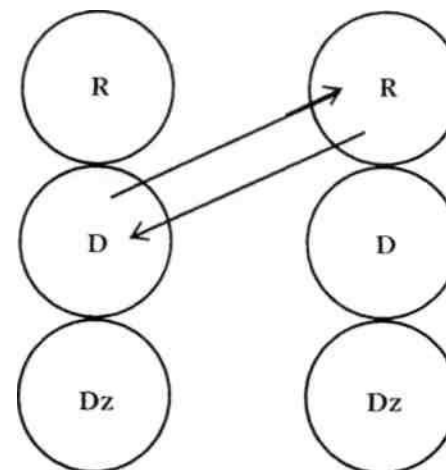
Przykład transakcji „Dziecko - Rodzic”:

Rycina nr 13.
Transakcja DZIECKO-RODZIC

B: (Mąż) „Jestem ogromnie przemęczony tym nadmiarem pracy. Odnowiają mi się dolegliwości żołądkowe” (ryc. 13).

R: (Żona) „Musisz więcej odpoczywać. Połóż się. Dam ci zaraz herbatę i poczytam coś ciekawego”.

Odnosnie do ostatniego przykładu trzeba zaznaczyć, że taki układ: „mąż - Dziecko” - „żona - Dorosły” (bądź na odwrót) może być nie tylko epizodyczną transakcją, ale dłuższym lub nawet stałym układem współżycia między małżonkami.

Przykład transakcji „Dorosły — Rodzic”:

Rycina nr 14. Transakcja DOROSŁY-RODZIC

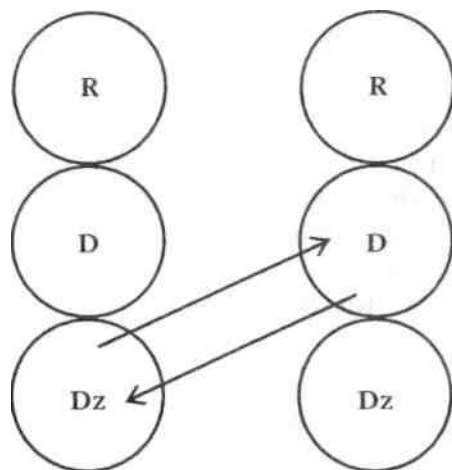
B: „Wiem, że jestem pracoholikiem, ale trudno mi zmienić mój styl życia” (ryc. 14).

R: „Umiejętność odpoczywania jest koniecznością. Na pewno uda ci się znajdować w twoim planie dnia miejsce na odpoczynek i odprężenie”.

Przykład transakcji „Dziecko - Dorosły”:

B: (Ksiądz) „Z takimi słuchaczami nie poradzę sobie jako rekolekcjonista” (ryc. 15).

R: „W poprzednim roku miałeś też bardzo trudnych słuchaczy, a nawiązałeś z nimi kontakt, to i teraz sobie poradzisz”.



Rycina nr 15.
Transakcja DZIECKO-DOROSŁY

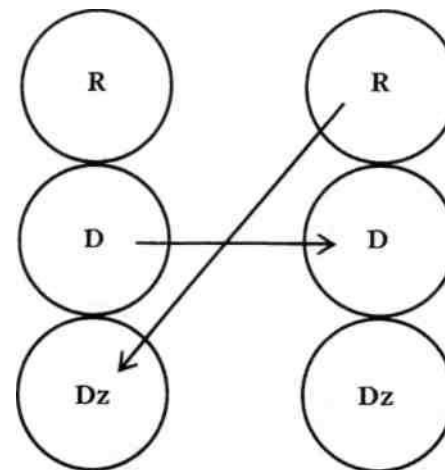
Wszystkie przedstawione powyżej transakcje mogłyby być rozwijane i kontynuowane poprzez przekazywanie dalszych bodźców i reakcji na nie. Reakcje te nie zamykają możliwości dalszych transakcji między kontaktującymi się osobami. Transakcje takie określa się jako **komplementarne**, a graficznym ich symbolem w przyjętych diagramach jest **równoległość** linii bodźca i reakcji. Transakcje komplementarne mogą więc trwać „w nieskończoność”.

W dalszym ciągu zostaną przedstawione tzw. **transakcje niekomplementarne**, w wyniku których komunikacja między ludźmi ustaje, a graficznym tego wyrazem w diagramach takich transakcji jest przecinanie się wektorów **bodźca i reakcji** (nie równoległość - jak w transakcjach komplementarnych).

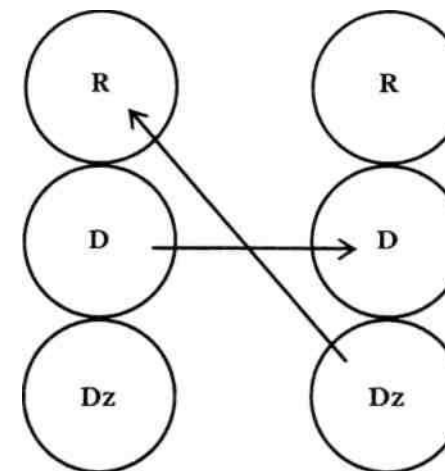
Przykłady transakcji niekomplementarnych, czyli krzyżowych (po których komunikacja ustaje):

B: „Czy może mi pan pożyczyć długopis do wypełnienia blankietu?” (ryc. 16).

R: „Jak się idzie na pocztę, to trzeba mieć swój długopis” (por. z transakcją komplementarną na s. 90, ryc. 10., przykład a).

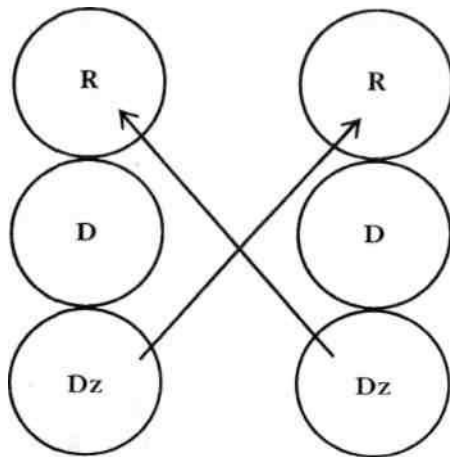


Rycina nr 16. Transakcja niekomplementarna:
bodziec: DOROSŁY - DOROSŁY, reakcja: RODZIC - DZIECKO
(porównać z transakcją komplementarną po takim bodźcu - s. 90, ryc. 10)



Rycina nr 17. Transakcja niekomplementarna:
bodziec: DOROSŁY - DOROSŁY, reakcja: DZIECKO - RODZIC
(porównać z transakcją komplementarną w rozprawie na ten sam temat - s. 92, ryc. 12)

- a) B: „Co to jest to zielone w zupie?” (ryc. 16).
 R: „Jak ci się nie podoba, to nie miej pretensji, tylko idź sobie do restauracji” (por. z transakcją komplementarną na s. 90, ryc. 10, przykład c).
- b) B: „Dlaczego dziś kancelaria parafialna jest nieczynna?” (ryc. 16).
 R: „A czy nam nie wolno zachorować?” (por. z transakcją komplementarną na s. 90, ryc. 10, przykład b).

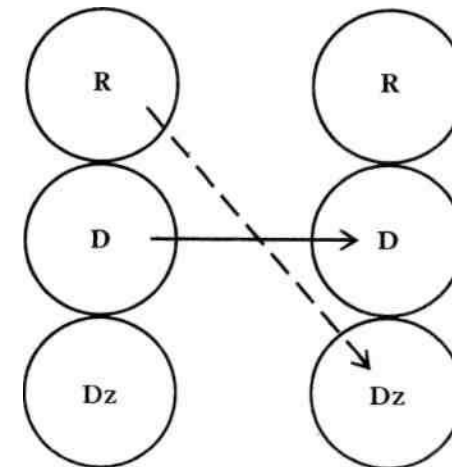


Rycina nr 18. Transakcja niekomplementarna:
 bodziec: DZIECKO-RODZIC, reakcja: DZIECKO-RODZIC
 (porównaj z transakcją komplementarną na s. 92-93, ryc. 13).

- a) B: (Mąż): „Czy wobec wyżki ceny benzyny nie warto by nam jeździć tramwajem?” (ryc. 17).
 R: (Żona): „Nie musisz mi przygadywać, że i ja używam samochodu. Ja też mam do tego prawo” (por. z transakcją komplementarną na s. 92, ryc. 12).
- b) B: (Mąż): „Jestem ogromnie przemęczony tym nadmiarem pracy. Odnawiają mi się dolegliwości żołądkowe” (ryc. 18).
 R: (Żona): „Bo ciebie więcej obchodzi praca niż dom” (por. z transakcją komplementarną na s. 92-93, ryc. 13).

* * *

Trzeba jeszcze raz podkreślić, iż przekaz słowny nie jest jedynym sposobem komunikowania się, a więc przekazywania bodźców i reakcji na nie; nie mniejszą rolę odgrywają inne sposoby przekazywania tych komunikatów, jak: mimika, gest, ton głosu, który np. może zdradzać zniecierpliwienie lub naganę. I tak np. pytanie: „Gdzie są nożyczki?” może być wypowiedziane jako prosta i rzeczowa prośba o informację, polegająca na relacji: Dorosły - Dorosły. Jednakże to samo sformułowanie słowne: „Gdzie są nożyczki?” może być wypowiedziane tonem, obarczającym dodatkowo to proste z pozoru pytanie przekazem pretensji, zniecierpliwienia czy karcenia za nieporządek w domu, co można zilustrować w diagramie dodatkowym wektorem: Rodzic - Dziecko (ryc. 19). A taki bodziec może spowodować niefortunną reakcję niekomplementarną, a mówiąc po prostu - sprawić przykrość czy wywołać kłótnię.



Rycina nr 19. Rola przekazu pozawerbalnego w transakcji
 (omówienie w tekście).

* * *

Według T. Harrisa (25) „zdrowie (psychiczne) można określić jako posiadanie wyemancypowanego Dorosłego, który konsekwentnie kieruje każdą transakcją”. To ciekawe sformułowanie, jak również przedstawiona wyżej charakterystyka analizy transakcji, nie powinny wywoływać w nas wątpliwości, jakoby Rodzic i Dziecko były zbiorem danych czy doznań nieważnych czy nawet wymagających zminimalizowania. Są to obszary psychiki bardzo istotne, jednakże funkcję organizującą, integrującą i ostatecznie decydującą pełni Dorosły.

Stąd też celowa jest troska o budowanie silnego Dorosłego.

W rozwoju człowieka najpierw pojawia się Rodzic i Dziecko; cechuje je skłonność do reagowania spontanicznego i niejako automatycznego. Rozwijający się później Dorosły musi starać się znać swoje Dziecko, jego pozytywne czy negatywne emocje i sposoby ich ujawniania; musi również dostrzegać i rozumieć swego Rodzica i rozpoznawać sposoby jego ujawniania się.

Nie mniej ważną sprawą jest troska i umiejętność rozpoznawania także u innych ludzi ich Rodzica i ich Dziecka, któremu należy „udzielać głasków”. Nie oznacza to tylko tliłości, jaką okazuje się dzieciom, ale wyraża akceptację, poparcie lub nawet opiekę wobec możliwości i inicjatyw twórczych innych ludzi; pojęcie twórczości należy tu rozumieć ogólnie, jako wszelką inicjatywę - rodzinną, zawodową, społeczną czy inną - a niekoniecznie w sensie twórczości naukowej czy artystycznej.

Im więcej i krytyczniej znamy Rodzica i Dziecko w sobie i w innych, tym łatwiej podejmować nam trafne, dojrzałe decyzje, podejmowane przez Dorosłego również w zestawieniu z rejestrowanymi przez niego realnymi faktami.

Dla budowania w sobie Dorosłego, a więc dla pełnego rozwoju dojrzałości, konieczne jest posiadanie systemu wartości. Nie da się podejmować dojrzałych decyzji bez brania pod uwagę systemu wartości etycznych.

2.10.3. Cztery postawy emocjonalne (nastawienia życiowe) (25)

Analiza transakcyjna nawiązuje w pewnym stopniu do założeń psychoanalizy, przede wszystkim przez silne podkreślanie wpływu doświadczeń przeżytych we wczesnym dzieciństwie na zachowanie człowieka w wieku dorosłym.

Ustalanie się nastawienia emocjonalnego jest wg E. Berne'a najwcześniejszą determinantą rozwoju psychiki ludzkiej. Proces ten rozpoczyna się już w pierwszych miesiącach życia, a wynikiem jego mogą być cztery następujące nastawienia życiowe, wynikające ze stosunku do samego siebie i do innych:

Tabela 3. Cztery nastawienia życiowe, uwzględniające stosunek do samego siebie i do innych (objaśnienia symboli - w tekście).

		WY	
		OK.+	OK-
JA	OK-	(1)	(2)
	OK.+	(4)	(3)

(1) - Ja nie jestem OK. - wy jesteście OK.

(2) - Ja nie jestem OK. - wy nie jesteście OK.

(3) - Ja jestem OK. - wy nie jesteście OK.

(4) - Ja jestem OK. — wy jesteście OK.

Używany w tych sformułowaniach powszechnie znany amerykański skrót „OK.” (wymawia się „okej”) oznacza akceptację, zadowolenie, zgodę, uznanie, że wszystko jest w porządku.

OK.+ oznacza: jestem (lub jesteście) OK.

OK.- oznacza: nie jestem (lub nie jesteście) OK.

(1) „Ja nie jestem OK. - wy jesteście OK.”

Najwcześniejsze doznanie i nastawienie emocjonalne dziecka do około końca drugiego roku życia wiąże się z przeżywaniem zależności, podporządkowania osobom znacznie większym, z poczuciem niemożności wyrażenia w słowach czy to emocji, jakie dziecko prze-

żywa i gromadzi w swojej psychice, czy dostrzeżonych związków przyczynowych w poznawanym świecie. Decydującą rolę w kształtowaniu się nastawienia emocjonalnego dziecka ma doznawanie „głasków”. „Głaski” to nie tylko (choć także) gest pogłaskania, ale każdy objaw akceptacji dziecka i wyrażenia wobec niego życzliwości (uśmiech, skierowane do dziecka w tonie życzliwym słowa czy śpiew, przytulenie, poprawienie jego samopoczucia przez nakarmienie, troskę o higienę i wygodę, darzenie osobistą bliskością itp.). Dziecko w tym okresie życia nie jest w stanie siebie ocenić czy zrozumieć, a jedynie odczuwa reakcje innych wobec niego. Stąd też ma potrzebę otrzymywania „głasków” dla złagodzenia przekonania przedwerbalnego, że jest „na łasce” innych. W doznaniu dziecka każdy, kto dostarcza mu „głasków”, jest OK.

Nastawienie „Ja nie jestem OK., wy jesteście OK.” u większości ludzi utrwała się na całe życie.

(2) „Ja nie jestem OK., wy nie jesteście OK.”

Kiedy dziecko zaczyna chodzić (na przełomie pierwszego i drugiego roku życia), a także w toku dalszego rozwoju ruchowo-psychicznego, rodzą się nowe problemy i w pewnym sensie kłopoty: dziecko samo zaczyna się przemieszczać, wstawać, wspinać się, sięgać po różne przedmioty, brać je do buzi lub ściągać je z mebli i upuszczać na podłogę, a przy tym wszystkim może sobie zrobić krzywdę. Wymaga to od otoczenia szczególnej czujności i wzmożonej opieki. Kłopoty te mogą być przeżywane radośnie, dostarczając rodzicom zadowolenia i satysfakcji z rozwoju dziecka i stwarzając okazje do działań wychowawczych i edukacyjnych.

Jednakże w pewnych przypadkach i w niektórych środowiskach rodzinnych reakcje rodziców i otoczenia są nieprawidłowe, a dziecko jest traktowane przede wszystkim jako kłopot. Zamiast „głasków” zaczyna otrzymywać „kary”. W marginalnych przypadkach są to kary w dosłownym znaczeniu, a więc kary fizyczne. Ale dziecko odczuwa już jako karę przejawy oschłości, zniecierpliwienia, obojętności i niechęci, co jest niejako zaprzeczeniem „głasków”, których przestaje doznawać. Dotyczy to zwłaszcza dzieci wrażliwych szczególnie na odbiór bodźców emocjonalnych.

To nastawienie emocjonalne, nie zawsze nasilone w sposób dramatyczny, ustala się u niektórych tylko ludzi aż do dorosłości. Człowiekowi, który utrwalił w sobie od dzieciństwa przekonanie: „wy nie jesteście OK.” - i obejmuje tą oceną wszystkich ludzi - trudno jest dotrzeć do jego „Dorosłego” (p. analiza transakcji), aby skutecznie i krytycznie skorygować to jego uogólnienie.

(3) Ja jestem OK. - wy nie jesteście OK.”

Jest to bardzo smutna i niebezpieczna dla człowieka i dla społeczeństwa postawa emocjonalna. Dotyczy najczęściej dzieci traktowanych brutalnie, a potem ludzi, mających za sobą takie dzieciństwo.

W tym nastawieniu emocjonalnym mniej dziwi postawa: „wy nie jesteście OK.” Trudniej jest natomiast wyjaśnić, skąd bierze się postawa „Ja jestem OK.” u dziecka (i człowieka dorosłego) pozbawionego otrzymywania „głasków” od innych. Tłumaczy się to efektem „samogłasków”. Źródłem tych „samogłasków” jest doznanie od poczynku od brutalnego traktowania, doznanie komfortu opieki i leczenia, poczucie oddalenia od źle traktujących go opiekunów (niestety, czasem własnych rodziców). Człowiek taki postrzega otoczenie rodzinne i społeczne jako wrogi mu.

Taka postawa emocjonalna, występująca na szczęście dość rzadko (najczęściej w środowiskach tzw. marginesu społecznego), może prowadzić do „niedorozwoju moralnego”, a krańcowo - do popełniania przestępstw.

* * *

Omówione powyżej trzy nastawienia życiowe [(1), (2), (3)], powstające nieświadomie i biernie we wczesnym dzieciństwie, są oparte na emocjach. Utrwalenie się jednego z tych nastawień życiowych (pierwszego - u większości dzieci, drugiego i trzeciego - tylko u nielicznych) dokonuje się w końcu trzeciego roku życia.

Natomiast zupełnie odmiennym od trzech pierwszych - ściśle emocjonalnych - nastawień życiowych jest czwarta postawa, będąca właśnie **postawą**, a nie odczuwaniem emocji.

* * *

(4) „Ja jestem OK. - wy jesteście OK.”

Nie jest to odczucie, ale świadoma postawa, oparta na myśleniu, wierze, działaniu i własnej, świadomej decyzji. A więc jest to świadoma akceptacja i siebie, i innych. Lapidarnie oddaje to tytuł książki T. Harrisa na temat analizy transakcji: „I'm OK. - you're OK.”, a jeszcze lepiej wyraża niedosłowne polskie tłumaczenie tego tytułu: „W zgodzie z sobą i z tobą” (25).

Wytworzeniu się takiej postawy już u dziecka sprzyjać może świadome działanie wychowawcze rodziców, zmierzające do tego, aby dziecko przeżywało i zauważało rozumnie (budzenie Dorosłego) wartość własną i wartość innych.

W ramach samowychowania - tj. u osób dorastających i dorosłych - trzeba świadomie starać się zrozumieć, co stało u podstaw tych pierwszych emocjonalnych postaw we własnym życiu (może tylko pierwszej postawy); trzeba z cierpliwością własnego Dorosłego rozumieć i odczytywać własnego Rodzica i własne Dziecko, odczytywać Rodzica i Dziecko w innych, zdawać sobie sprawę, że nie można całkowicie uciec od własnych emocji, przeżytych dawniej czy obecnie, ale że Dorosły może świadomie wyłączać tendencje do odgrywania tych emocji w sposób niekorzystny dla postawy „zgody z sobą i z innymi”. Postawa taka nie gwarantuje w sposób automatyczny czy „mechaniczny” błogostanu psychicznego i niezachwianego nastawienia, że Jest się OK.”, ale jest aktywnym stylem życia, utrwalającym możliwość stałego postępu w tym zakresie.

2.10.4. Typy zachowań w transakcjach (wycofywanie się, rytuały, aktywności, rozrywki, gry, intymność)

Obserwacje dotyczące transakcji pozwalają na wyodrębnienie sześciu ich typów: a) wycofywanie się, b) rytuały, c) aktywności, d) rozrywki, e) gry i f) intymność.

Niektóre z tych typów zachowań dotyczą transakcji nie między dwiema osobami, ale transakcji w grupach społecznych,

a) Wycofywanie się polega na psychicznym wyobcowaniu się z grupy społecznej pomimo formalnej i fizycznej obecności w danej grupie.

- b) Rytuał - to „społecznie zaprogramowany sposób wykorzystania czasu, w którym wszyscy zgadzają się robić to samo” (25, s. 141). Jest to wygodne, o możliwym do przewidzenia przebiegu, może być przyjemne i nie zobowiązuje do głębszych związków międzyludzkich, chociaż ich nie uniemożliwia.
- c) Aktywności - jest to „powszechna, łatwa, wygodna i użyteczna metoda wypełniania czasu określonymi zaplanowanymi zajęciami, mającymi ścisły związek z otaczającą rzeczywistością” (25, s. 141.). Aktywności mogą dostarczać satysfakcji i „głasków”.
- d) Rozrywki - stwarzają możliwość bardziej bezpośrednich kontaktów między ludźmi umiającymi się radować. Rozrywki podejmowane są czasem dla własnej satysfakcji i doznania odprężenia, czasem dla przysłowiowego „zabicia czasu”, niekiedy jako ucieczka przed poczuciem winy. Korzyścią płynącą z rozrywki jest również możliwość zdobycia informacji o innych.

* * *

Wspólną właściwością omówionych powyżej czterech typów zachowań, a więc: wycofywania się, rytuałów, aktywności i rozrywek - jest to, iż w zasadzie trzymają one ludzi z dala od siebie, a więc same przez się nie prowadzą do powstania głębszych więzi (tzw. Związków intymnych - patrz niżej, p. f).

- e) Gry są szczególnym typem zachowań. Jak już wspomniano, postawą najczęściej występującą wśród ludzi jest nastawienie: „Ja nie jestem OK. - wy jesteście OK.”. Przekonanie, że nie jest się OK., jest źródłem co najmniej pewnego dyskomfortu psychicznego, jeśli nie wręcz przykrości. Powszechnym sposobem dla osiągnięcia choćby drobnej ulgi w przeżywaniu tej przykrości jest stosowanie tzw. gier.

* * *

A oto przykład gry, jaką ujawnia jedna z rozmawiających przyjaciółek (A):

A: „Patrzę tylko w telewizor, nie chodzę do teatru, bo jestem zmęczona”.

B: „Lepiej odprężylabyś się, gdybyś poszła do teatru”.

A: „Nie mam z kim”.

B: „Chętnie wybiorę się z tobą”.

A: „Ale ja nie mam co na siebie włożyć”.

B: „Zadbaj o garderobę, stać cię na to”.

A: „Musiałabym urwać się w tym celu z pracy, a to jest trudne”.

B: „Weź 2-3 dni urlopu”.

A: „Trudno byłoby mi potem odrobić zaległości”.

B: „Poradź się koleżanek, doradzą ci, dokąd pójść po taki zakup «na pewnego», bez straty czasu”.

A: „Nie lubię swoją osobą absorbować innych”.

B: „To nie wyrzucaj reklam, które przysyłają ci do domu, ale sama wybierz coś dla siebie - i sukienkę, i magazyn”.

A: „Te stroje z reklam nadają się dla reklamowych manekinów, ale nie na taką figurę, jak moja”.

B: „To chodź do mnie. Pożyczę ci na początek jakąś moją toaletę i pójdziemy do teatru”.

A: „Nie mogę. Ja jestem ciągle taka zmęczona”.

Ostatnie stwierdzenie jest powrotem do pierwszego, którym można by rozpocząć ponownie tę rozmowę bez nadziei, krążąc po tym błędnym kole.

Według Harrisa (25, s. 145.) „*gry są sposobem wykorzystywania czasu przez ludzi, którzy nie mogą znieść braku „glasków” wynikającego z wycofywania się i których nastawienie „nie jestem OK.” uniemożliwia wchodzenie w bardzo bliskie i poufale kontakty z innymi. Jest cierpienie, a więc coś w ogóle jest... Lepiej mieć nawet kłopoty podejmując gry, niż nie mieć w ogóle żadnych kontaktów*”.

Gra jest zatem serią wielu pozornie wiarygodnych transakcji zmierzających do określonego, zamaskowanego celu. Opisana wyżej poglądowo gra dotyczy spraw banalnych (a może tylko pozornie banalnych), ale trzeba zdawać sobie sprawę z tego, iż np. polityka często jest tylko grą, a wojna jest nią zawsze, f) Związek intymny - możliwy jest tylko przy obustronnym, wzajemnym przekonaniu ludzi: „Ja jestem OK. i Ty jesteś OK.” Życiowość, miłość i radość kontaktu między ludźmi nie jest zaplanowanym rytuałem, ale jest szczerą i spontaniczną. Obronne wypełnianie czasu innymi formami zachowań jest zbędne. Rolę

kierowniczą pełni Dorosły, który pozwala dojść do głosu Naturalnemu Dziecku, a więc Dziecku twórczemu, wolnemu od lękowych zahamowań, dziecku liczącemu się z Rodzicem.

A zatem warunkami zaistnienia tzw. związków intymnych między ludźmi w szerokim sensie tego pojęcia (to znaczy nie ograniczając go tylko do intymności przeżywania miłości oblubieńczej) są: 1) obustronne nastawienie typu „Ja jestem OK. i Ty jesteś OK.”, 2) brak gier i 3) emancypacja Dorosłego w transakcjach.

Spoglądając pobieżnie na analizę transakcji Erica Berne'a, a zwłaszcza na graficzne zapisy transakcji w formie połączonych wektorami par „trójkólek” (Rodzic-Dorosły-Dziecko), można niezasłuzenie przypisać tej teorii charakter jakiejś psychozabawy. Analiza transakcji jest jednak bardzo „życiową” - to znaczy równie prawdziwą, jak i popularnie ujętą - metodą oceny różnych sposobów reagowania w kontaktach międzysobowych. W powyższym rozdziale zostały omówione zasadnicze zręby tej analizy. Poświęcona jej polska publikacja książkowa (25) prezentuje ponadto kilka istotnych zagadnień i aplikacji tej analizy odnośnie do małżeństwa, dzieci, młodzieży, wartości moralnych i problemów społecznych.

2.10.5. Doświadczenie religijne i zdrowie psychiczne w świetle analizy transakcji; wybór myśli (cytaty) według T.A. Harrisa (25)

Czym jest doświadczenie religijne?

a) „*Fascynujące jest pytanie, czy przeżywanie Boga jest funkcją Dziecka czy Dorosłego. Należy stwierdzić, że Bóg filozofów nie jest tym samym, co Bóg Abrahama, Izaaka i Jakuba. Bóg filozofów jest konstrukcją myślową, poszukiwaniem przez Dorosłego sensu tego pojęcia, zastanawianiem się nad Jego możliwościami. Abraham, Izaak i Jakub «chodzili razem z Bogiem i rozmawiali z Nim». Oni doświadczali transcendencji. Odczuwali ją. A więc brało w tym udział ich Dziecko. Teologia jest dziełem Dorosłego. Doznanie religijne angażuje także Dziecko*” (25, s. 270).

b) „Istnieje pewien rodzaj doświadczenia religijnego, który może się różnić jakościowo od tego, w którym następuje odrzucenie Rodzica... Jest to odczuwanie wielkiej ulgi, którego źródłem jest całkowite podporządkowanie się Rodzicowi... uzyskanie aprobaty istoty, która tworzy prawa” (25, s. 269 - 270).

Zdrowie psychiczne

„Zdrowie można określić jako posiadanie wyemancypowanego Dorosłego, który konsekwentnie kieruje każdą transakcją” (25, s. 137.).

2.11. Elementy higieny psychicznej w codziennych kontaktach międzyosobowych

„Człowiek «nie jest nigdy w pełni», lecz wciąż «staje się»”.

Cz. CEKIERA (11)

„...świat przywiązuje więcej wagi do spektakularnych czynów niż do budowania codzienności. W życiu, którego nie opisują podręczniki historii, proporcje są odwrotne i jest w tym coś szalenie budującego. Ale świata na ogół nie interesuje życie, tylko to, co może pojawić się w świetle reflektorów”.

J. WOJCIECHOWSKA (85)

Tytułu tego rozdziału nie należy rozumieć jako zapowiedzi jakiegś gotowej recepty, zawierającej proste do zastosowania zalecenia profilaktyczne. Wobec ludzi chorych stosuje się leczenie; wobec zdrowych - profilaktykę czyli zapobieganie występowaniu chorób, a więc przede wszystkim - zdrowy styl życia, higienę. Na wstępie trzeba uściślić pojęcie zdrowia psychicznego, pojęcie mniej jasne i mniej oczywiste niż pojęcie zdrowia fizycznego (86, 87).

Za punkt wyjścia do dalszego omówienia tego zagadnienia niech posłuży definicja autorstwa K. Dąbrowskiego: „Zdrowie psychiczne jest to zdolność do wszechstronnego rozumienia, przeżywania, odkrywania i tworzenia - coraz wyższej rzeczywistości i wartości, aż do konkretnego ideału społecznego i indywidualnego” (19). Jako

rozwińnięcie, omówienie i uściślenie tej definicji można przyjąć (i ewentualnie przeczytać ponownie) rozdział 2.1. (s. 17) na temat dojrzałej osobowości, które to pojęcie jest - praktycznie biorąc - synonimem pojęcia zdrowia psychicznego. Warto przy tym zwrócić uwagę zarówno na bardzo interesujący zestaw cech dojrzałej osobowości w ujęciu Masłowa, jak i na teorię dezintegracji pozytywnej K. Dąbrowskiego (37). Masłow nakreśla pozytywny obraz dojrzałej osobowości, a więc zdrowia psychicznego. Dąbrowski kładzie silny nacisk na wielką rolę, jaką w rozwoju osobowości odgrywa tzw. dezintegracja pozytywna, będąca owocem własnego wysiłku i świadomego wyboru wartości o charakterze alterocentrycznym. A więc kryzysy osobiste, nerwice i inne trudne przeżycia psychiczne mogą także być „tworzywem” rozwoju osobowości i to właśnie odpowiada pojęciu dezintegracji pozytywnej (15, 17, 19).

Wspomaganie i podtrzymywanie u ludzi tego twórczego procesu dezintegracji pozytywnej może być bardzo pomocne w pracy duszpasterskiej. Za wyraźne sugestie w tym kierunku można przyjąć niektóre myśli zawarte w Nowym Testamencie. Jest bowiem wprost zaskakujące, do jakiego stopnia z pojęciami dezintegracji pozytywnej korespondują myśli św. Pawła, sformułowane przez Apostoła w jego drugim liście do Koryntian (rozd. 12):

„Aby zaś nie wynosił mnie zbytnio ogrom objawień, dany mi został oścień dla ciała, wysłannik szatana, aby mnie policzkował - żebym się nie unosił pychą. Dlatego trzykrotnie prosiłem Pana, aby odszedł ode mnie, lecz Pan mi powiedział: «Wystarczy ci mojej łaski. Moc bowiem w słabości się doskonali» ...ilekroć niedomagam, tylekroć jestem mocny”.

Tak więc zdrowia psychicznego - podobnie zresztą jak i zdrowia fizycznego - nie można rozumieć statycznie, jako ustalonego, osiągniętego stanu równowagi i spokoju. Oczywiście, że znaczne, ciężkie zakłócenia tego stanu nie mieszczą się w pojęciu zdrowia. Ale zdrowie psychiczne - to nie stan, ale proces dynamiczny (36), w którym kryzysy nie tylko są dopuszczalne, ale czasem nawet służą rozwojowi osobowości, a więc rozwojowi zdrowia. Proces zdrowia psychicznego, a więc rozwoju osobowości, może i powinien trwać przez całe

życie, ale to nie dzieje się automatycznie, lecz wymaga stałej czujności i pracy nad sobą.

W świetle tego dynamicznego pojęcia zdrowia psychicznego jako rozwoju osobowości (23) higiena psychiczna musi polegać nie tylko na zapobieganiu zaburzeniom psychicznym, ale także - a może przede wszystkim - na zapewnianiu warunków do harmonijnego i wszechstronnego rozwoju funkcji psychicznych (optymalnie: przez wszystkich nawzajem) (26).

* * *

Jak wykorzystać te ogólne założenia zdrowia psychicznego w realizacji higieny psychicznej codziennych kontaktów międzypersonalnych? Codziennych - to znaczy w rodzinie, w miejscu pracy i przy okazji różnego rodzaju kontaktów.

Po pierwsze trzeba zacząć od siebie, od poznania własnych potrzeb psychicznych, dążeń i motywów działań indywidualnych i w relacjach z innymi ludźmi. Posługując się tu pojęciami analizy transakcyjnej (s. 83) warto poznać własnego Rodzica, który zwykle chce panować i „wie najlepiej”, poznać nasze impulsywne i spontaniczne Dziecko i zdobywać się na spokojne, przemyślane i odpowiedzialne decyzje naszego Dorosłego, który zwykle jest w nas najsłabszy.

Dojrzałe i realne spojrzenie na rzeczywistość, tj. na samych siebie i otoczenie oraz twórczy (choćby w najskromniejszym sensie) stosunek do tej rzeczywistości są źródłem poczucia celu i sensu życia oraz źródłem i motywacją przekonania co do konieczności pracy nad sobą.

Akceptacja siebie i akceptacja innych ludzi, odejście w toku dojrzewania od postaw prymitywnych (egocentrycznych, egoistycznych) do zachowań alterocentrycznych, wyrażających empatię i troskę o innych, zauważanie potrzeb innych ludzi, a nawet pewna czujność w tym zakresie - wszystko to są istotne kroki na drodze do rozwoju własnej osobowości, do wyzwalań empatii u innych, do stwarzania dobrego klimatu psychicznego, do rozwijania zdrowia psychicznego.

Istnieje powszechna chyba zgodność co do negatywnej oceny zachowań wyrażających niechęć, pogardę, opryskliwość, przemoc, egzekwowanie przewagi, lekceważenie, podstęp itp. Nie ma wąpli-

wości, że takie postawy i zachowania są niszczące dla klimatu zdrowia psychicznego, że zasługują niemal zawsze na napiętnowanie.

Ale jednocześnie spotyka się nierzadko ludzi - i to nawet dobrej woli i dobrych intencji - którzy działają przeciwko zdrowiu psychicznemu nie poprzez złe czy fałszywe merytoryczne oceny, racje czy poglądy, jakimi się kierują, ale poprzez sposób ich wyrażania czy sposób egzekwowania od innych jakichś form zachowania.

Jeśli np. matka nieustająco, wielokrotnie i przy każdej okazji upomina dziecko przysłowiowymi uwagami: „nie psoć”, „nie wierć się”, „nie garb się”, „nie szalej”, „nie machaj stale nogami” itp., to wywołuje efekt zupełnie przeciwny niż chciałaby osiągnąć. Dziecko podświadomie buntuje się przeciwko nieustannemu traumatyzowaniu go podobnymi uwagami, których wygłaszanie jest niewątpliwie nerwicujące i prowadzi do utrwalenia się nieodpowiednich zachowań (świadomie czy podświadomie). Zapewne zdrowsze psychicznie byłoby albo rzadsze zwracanie tych uwag (i nie w obecności innych); może skuteczniejszym sposobem zapobiegania garbieniu się byłaby systematyczna gimnastyka (mogłaby być nawet dowcipna i wspólna); a może należałoby zweryfikować maksymalizm tych wymagań, stwarzając dziecku celowo okazje do ruchowego wyladowania się.

Nic również nie obroni - słusznych skądinąd - racji męża, zwracającego stale i wielokrotnie uwagę swojej żonie, aby nie odchrząkiwała. Niepokój męża w tej sprawie jest słuszny, gdyż może to być choroba gardła, szkodliwy efekt palenia papierosów lub tik nerwowy. Racjonalnym owocem tego niepokoju winno być dążenie do wyjaśnienia przyczyny tego odruchu chrząkania i podjęcie odpowiednich środków zaradczych czy leczniczych. Natomiast nieustanne zwracanie uwagi, nawet wobec wielu osób, jest działaniem, które tylko psuje dobrą atmosferę współżycia, a więc jest działaniem przeciwko zdrowiu psychicznemu.

Nawet powoływaniem się na prawdę i mówieniem prawdy, a w każdym razie sposobem jej wyrażania, nie powinno się ranić kogoś, kto nie zasługuje na to zranienie. Nie należy np. człowiekowi garbatemu powiedzieć: „pan jest garbaty” - chociaż jest to przecież prawda, pomimo że w innej relacji osobowej, np. lekarz-pacjent, rozmo-

wa na temat leczenia wspomnianego zniekształcenia, określanego fachowo jako garb, jest zupełnie na miejscu.

Powyższe uwagi nie zmierzają do propagowania poglądu, iż nie należy mówić prawdy, gdy ona jest dla kogoś przykra, a to w imię zachowania zdrowia psychicznego. Otóż nie! Tak jak zdrowie psychiczne nie jest jakimś „błogostanem”, tak też czasowe zakłócenie dobrego samopoczucia psychicznego przez przekazanie prawdy w odpowiedni sposób - bywa konieczne, rozsądne i dobre. Konieczne może być karcenie, tzw. mówienie prawdy w oczy, ostrzeżenie, poinformowanie o jakimś zagrożeniu. Trzeba jednak starać się mówić trudne prawdy nie tylko w sposób, który nie niszczy człowieka, ale tak, aby pomóc mu jednocześnie utrzymać równowagę psychiczną poprzez budzenie w nim motywacji i uczuć pomagających przeżywać trudności.

Proces wychowania i samowychowania, troska o zdrowie psychiczne - to w dużej mierze wydobywanie z człowieka i wzmacnianie jego cech pozytywnych.

W codziennych kontaktach międzyludzkich częstym źródłem przewinień przeciwko zdrowiu psychicznemu bywają skłonności do krytykowania innych (i wykorzystywania okazji do karcenia ich), skłonności do podporządkowywania sobie innych, narzucania im własnych wzorców i zwracania się do innych w formie rozkazów. Taki styl bycia — konieczny zapewne w niektórych instytucjach, np. w wojsku -jest niezdrowy w życiu większości grup społecznych, a przede wszystkim w rodzinie. O ileż zdrowszą atmosferę psychiczną można osiągnąć przez kierowanie do innych naszych poleceń nie w formie rozkazów, ale w formie życzeń, przez szanowanie odrębności innych i nieodrzucać ich dlatego, że różnią się w czymś od nas; wreszcie przez zauważanie choćby nawet najprostszych ich osiągnięć i najzwyklejszych codziennych dokonań, przez udzielanie im za to nagrody w jakiś prosty sposób (uśmiech, gest, przysłowiowe dobre słowo). Za często ganimy, za rzadko chwalimy, a to jest niezdrowe psychicznie, czasem wręcz budzi agresję.

Nie da się oddzielić stylu naszego życia codziennego od wpływów życia publicznego, sytuacji społecznej, ogólnogospodarczej, a także politycznej. W życiu publicznym - podobnie jak w życiu

każdego człowieka — dzieją się rzeczy dobre i pomyślne, ale obok nich również złe i niepomyślne. Ale te drugie zwykle są bardziej nagłaśniane, zwłaszcza przez prasę i telewizję. Nie należy o nich milczeć, gdyż są ważnym sygnałem ostrzegawczym. Ale mówienie przede wszystkim o nich, przy przemilczaniu bądź marginalnym traktowaniu zdarzeń dobrych i pomyślnych, jest znacznym zagrożeniem dla zdrowia psychicznego. Takie zniekształcanie rzeczywistości rodzi apatię, obniża samopoczucie i osłabia chęć do pozytywnego wpływu na rzeczywistość, na siebie i na innych. Ileż słyszy się narzekania, zwłaszcza przy okazji przypadkowych, nieformalnych kontaktów wśród osób oczekujących w kolejce na załatwienie jakiejś sprawy! Styl powszechnego narzekania jest tak zakorzeniony, że wprost nie wypada nie narzekać. Ktoś, kto się temu przeciwstawia, uchodzi za podejrzanego.

A znane są wspomnienia ludzi z obozów koncentracyjnych, którzy w warunkach ekstremalnego zagrożenia, w jakich żyli, zbierali się wieczorem, aby wspomnieć, co tego dnia wydarzyło się przyjemnego i ciekawego: spotkanie z kimś, rozmowa, dowcip, większa racja posiłku, zmylenie ciemniejszych i ulga w niewolniczej pracy, piękny zachód słońca, list z domu, dobry sen i wiele innych, czasem bardzo prozaicznych przeżyć, które cieszyły. To nie było tylko „pocieszenie się”. To było także dostrzeganie pełnej rzeczywistości, a więc nie wyłączenie zapatrzenia się w zło (jakże trudno było się wówczas od tego oderwać!), ale widzenie całej rzeczywistości życia, dostrzeganie również dobra, nieignorowanie go.

Do tych heroicznych wspomnień wydają się nie pasować współczesne „biedy” ludzkie, ale mechanizmy psychiczne są te same w reagowaniu na różne sytuacje.

Jeśli chcemy zachować zdrowie psychiczne, to nie możemy wyłącznie pielęgnować naszych uzasadnionych kłopotów i wyłącznie gryźć się nimi, ale powinniśmy (i z szacunku wobec rzeczywistości, i dla własnej równowagi psychicznej) dostrzegać wszelkie - choćby najmniejsze — dobro czy, banalne na pozór, pomyślne zdarzenie dnia powszedniego.

Maslow wymienia jako jedną z cech dojrzałej, zdrowej osobowości (a więc zdrowia psychicznego) właśnie „umiejętność ciesze-

nia się codziennością” i „niezłotliwe poczucie humoru” (47). A poczucie humoru to nie tylko przeżycie radości i odprężenia, ale także owoc słusznego spojrzenia na rzeczywistość.

Tak więc troska o zdrowie psychiczne, o rozwój osobowości własnej i innych ludzi - to spokojne, realistyczne i odpowiedzialne otwieranie się na siebie i na świat otaczający, co wcale nie może być równoznaczne z biernością i konformizmem, ale winno być twórcze i zmierzające do wydobywania i utrwalania wartości: dobra, prawdy, piękna, radości, sprawiedliwości, ładu wewnętrznego i zewnętrznego, poczucia więzi z otoczeniem społecznym i przyrodą oraz sprawności, a także rozumienia i przeżywania emocjonalnego.

Nakreślony w powyższym zdaniu ideał zdrowia psychicznego wydaje się aż nierealny.

Ale przecież zdrowie psychiczne, tak jak i zdrowie fizyczne, nieustannie zagrożone i często chwiejne, nie polega na osiągnięciu idealnego dobrostanu, ale na ciągłym i konsekwentnym staraniu o rozwój własny i rozwój otaczających nas ludzi. Bo „człowiek *«nigdy nie jest w pełni», lecz wciąż «staje się»*” (11).

To ciągle staranie nie musi - i nie powinno - być przeżywane jako nerwicowa realizacja jakiegoś imperatywu. Przeciwnie: może i powinno stać się dobrym, pogodnym nawykiem i interesującą przygodą życia (9).

Nie wydaje się, aby było to możliwe do osiągnięcia bez posiadania systemu wartości, integrujących ludzkie życie i motywujących twórczy wysiłek człowieka. Najpełniejszą ich syntezą i źródłem są wartości religijne.

2.12. Elementy psychoterapii (18, 30, 45, 50, 54, 63, 64, 68, 74)

Według definicji sformułowanej przez Marię Rogiewicz „psychoterapia jest świadomym i celowym oddziaływaniem na pacjenta metodami psychologicznymi, z wykorzystaniem więzi tworzącej się

między nim a terapeutą, dla przywrócenia lub wytworzenia prawidłowych form regulacji zachowania” (68).

Chodzi tu więc nie o działania profilaktyczne wobec ludzi zdrowych psychicznie (- w szerokim sensie tego słowa), ale wręcz o leczenie chorych.

Jakim chorym i osiągnięciu jakich celów służy psychoterapia?

Otóż jest ona podstawową metodą w leczeniu cięższych nerwic i zaburzeń związanych ze stresem, a metodą pomocniczą, uzupełniającą, w leczeniu innych chorób i zaburzeń psychicznych, jak np. depresji, psychoz i innych.

Jakkolwiek w niektórych przypadkach nerwic stan chorych wymaga leczenia specjalistycznego (przez psychiatrę lub psychologa), to jednak zawsze - w cięższej i lżejszej przebiegających przypadkach - osoby z otoczenia chorego mogą mu wiele pomóc. Wymaga to jednak nie tylko trochę cierpliwości i rozeznania w stanie chorego, ale przede wszystkim życzliwości i dobrej woli wczucia się w jego wewnętrzne konflikty. Chory na nerwicę nie jest w stanie sam poradzić sobie ze swymi trudnościami. Natomiast próby leczenia są utrudnione z kilku powodów. Po pierwsze dlatego, że neurotyk przeżywa i ocenia siebie i swoje możliwości w sposób nierealny („self nierealny, idealny”), a ta ucieczka od realnej oceny („self realny”) uspokaja go i daje mu poczucie bezpieczeństwa. Neurotyk nie chce odrzucić „selfu nierealnego”, ale raczej wierzy w „siłę magiczną” lekarza czy terapeuty. Uogólniając - trzeba stwierdzić, że osobowość neurotyka jest niedojrzała (ewentualnie wtórnie niedojrzała) i irracjonalna, a motywy działania - infantylne. Do budzenia pełnej dojrzałości osobowej może przyczynić się właściwa ocena powikłań życiowych, kłopotów i konfliktów oraz rozbudzenie praktycznego wyczucia rzeczywistości i kierowania się odpowiedzialnością.

Celem psychoterapii jest ułatwienie pacjentowi lepszego wglądu w siebie, pozbycia się napięcia psychicznego i - ewentualnie - lęku oraz rozbudzenie własnej, dojrzałej aktywności chorego w zakresie kierowania sobą, swoimi potrzebami i popędami, inaczej mówiąc - wdrożenie do pracy nad sobą.

Przytoczona wyżej definicja psychoterapii wymienia również nie-

zwykle istotny jej element, jakim jest „wykorzystanie więzi tworzącej się pomiędzy pacjentem a terapeutą”; jest to bezwzględny warunek skuteczności tej metody. Wytworzenie i pielęgnowanie tej więzi - to pierwsze i główne zadanie terapeuty. Więź osiąga się nie tylko przez życzliwość dla pacjenta, ale także przez autentyczny szacunek dla jego wolności, godności i odmienności, nawet jeśli ta odmienność jest wyrazem czy następstwem jakichś zaburzeń. Jedynie w wyjątkowych wypadkach dobro chorego czy otoczenia (a więc zagrożenie ich bezpieczeństwa) może być usprawiedliwieniem ograniczenia wolności pacjenta.

Psychoterapia jest bardzo ważnym i obszernym działem psychiatrii, którego streszczenie przekraczałoby cel i ramy tego podręcznika. Dział ten jest domeną specjalistów psychiatrii czy psychologii.

Duszpasterzy i wychowawców warto jednak zainteresować pewnymi elementami psychoterapii, które można i należy wykorzystywać w codziennym kontakcie z ludźmi, mającymi różne trudności i problemy, przede wszystkim trudności z samym sobą. Takie działania psychoterapeutyczne nie są w żadnym razie alternatywą działań duszpasterskich, ale mogą być pomocne w budowaniu i utrwalaniu zdrowej i twórczej postawy psychicznej i duchowej. Na tej drodze metody psychologiczne mogą z powodzeniem współgrać z motywacjami i przeżyciami religijnymi. Dyskusję na ten temat między duszpasterzem, psychiatrą i psychologiem, utrwaloną w ciekawej publikacji (7), skonkludowano wnioskiem: „...nie konkurujemy o dusze, lecz zapewniamy trochę inne przestrzenie, które się zazębiają” (7).

A zatem jak ma wyglądać ta nasza codzienna „mikropsychoterapia” (- niechaj profesjonaliści wybaczą to nieoficjalne określenie) i o co tu właściwie chodzi?

Pytanie to można by uściślić posługując się tytułem książki Krzysztofa Jedlińskiego - psychiatri: „Jak rozmawiać z tymi, co stracili nadzieję” (30).

Przede wszystkim: jak w praktyce stworzyć więź między tym, który chce pomóc (terapeutą), a tym, który pomocy potrzebuje, a nawet oczekuje (pacjentem)? Pierwsza i najważniejsza chyba sprawa to „aktywne słuchanie” pacjenta. Nie oznacza to wyłącznie skupienia

uwagi, ale staranie o pełne zrozumienie pacjenta; nie tylko formalne zrozumienie jego słów, ale odczytywanie także przekazu pozawerbalnego (ton głosu, sposób mówienia, mimika), ujawniającego różne emocje (np. lęk, depresję, niepewność). Ten niewerbalny przekaz bywa czasem nie mniej ważnym źródłem informacji niż relacja słowna. Czasem zarówno relacja słowna, jak i pozasłowna bywa źródłem raczej „znaków zapytania” niż nie budzących wątpliwości danych o pacjencie. Nie „dociskajmy” pacjenta zbyt dociekliwymi pytaniami. Lepiej jest może powiedzieć, jak rozumiemy jego wypowiedź i zapytać, czy dobrze. Bardzo ważną rzeczą jest wczuwanie się w problemy pacjenta. Ta sprawa nie jest rzeczą prostą, gdyż nie chodzi tu o „dobrą grę” z naszej strony. Pacjent wrażliwy, a nawet dziecko może rozpoznać, że gramy przed nim zainteresowanie. To nasze zainteresowanie i wczucie się w sprawy pacjenta musi być szczere, uczciwe, rzetelne, bez względu na to, czy jest to problem zepsutej zabawki dziecka, czy uzasadnione lub bezzasadne obawy człowieka dorosłego, dotyczące jego zdrowia czy jakichś konfliktów życiowych. W to wszystko musimy się wczuć, nie tracąc oczywiście pewnego dystansu jako terapeuci, którzy w końcu mają starać się skorygować zaburzenia emocjonalne naszych pacjentów. Aby skutecznie skorzystać z naszej pomocy, muszą oni jednak odczuć, że wczuliśmy się w ich problemy. Nie oznacza to, że zawsze je akceptujemy, jeśli np. wiążą się z nagannym postępowaniem naszych podopiecznych.

Samo wysłuchanie człowieka mającego trudności życiowe jest dla niego wielką ulgą. Nie spieszymy się z wygłaszaniem wykładów. Czasem może mu być potrzebna przede wszystkim nasza obecność i zainteresowanie się nim. Dobrze jest niekiedy dać wyraz temu, że chcemy z nim pobyć, posiedzieć, niekoniecznie nawet po to, aby czuł się zmuszony do mówienia o sobie.

Jednakże ta nasza delikatność terapeuty - w sensie nienarzucaenia naszych bezwzględnych sądów i niewyrażania ich kategorycznym tonem (zwłaszcza na początku tych kontaktów) - nie oznacza, że mamy zrezygnować z naszej roli terapeuty, a więc z „prostowania dróg” rozmówcy. Zamiast wypytywać, lepiej jest zachęcać rozmów-

cę do kontynuowania jego relacji. Jeśli relacja ta jest niejasna, to lepiej nie przypisywać tej niejasności słowom pacjenta, ale raczej naszej percepcji tych słów. A więc przykładowo, zamiast stwierdzić: „mówi Pan niejasno” czy „nie zrozumiałem Pana”, lepiej jest łagodniej odnieść tę niejasność do siebie, mówiąc np. „zastanawiam się, co Pan ma na myśli”.

Jak wynika z powyższych rad, rozmowa taka nie może trwać krótko. Najczęściej, zwłaszcza w przypadkach większych powikłań życiowych i cięższych konfliktów psychicznych, jedna rozmowa nie wystarcza.

Nawiązanie więzi z pacjentem (rozmówcą) stwarza możliwość aktywniejszej postawy terapeuty jako rozmówcy. Wskazana jest próba jakiegoś porządkowania informacji pacjenta, sugerowanie mu rozróżniania rzeczy i zdarzeń ważniejszych i mniej istotnych oraz podsumowywanie jego wypowiedzi. Warto również pogłębiać relacje pacjenta, zachęcając go do oceny własnych jego sądów i uczuć. Wreszcie należy starać się odnaleźć wspólnie obiektywne przyczyny zaburzeń emocjonalnych, a przyczyny te mogą -jak wiadomo - tkwić w samym pacjencie, jak i w otoczeniu.

W kontakcie z osobami, których stan wymaga troski psychoterapeutycznej, bardzo ważną sprawą jest zrozumienie częstego u nich poczucia winy i sposobu jego przeżywania. Poczucie winy może być przeżyciem konstruktywnym, jeśli wiąże się przede wszystkim z zafascynowaniem wartościami. Dyskomfort psychiczny i duchowy, wynikający z niewierności, lęku czy zaniedbań wobec tych wartości, rodzi samokrytykę, skłaniającą do naprawienia własnych błędów, do pokonania bierności i lęku. Takie przeżywanie winy można by określić jako „normalne”, pozytywne.

W wielu przypadkach (niekoniecznie na skutek ciężkich chorób psychicznych) poczucie winy ma charakter destruktywny. Bywa tak wówczas, jeśli dominantą w przeżywaniu winy nie jest odniesienie do ideału i do wartości, ale przede wszystkim zapatrzenie się we własne braki i we własne zło, a także samopotępienie, lęk przed karą i upokorzeniem. Nierzadko rodzą się wówczas także nieusprawiedliwione skrupuły. Taka trudna do przeżycia samoudręka jest jed-

nocześnie przejawem braku samoakceptacji, braku miłości samego siebie.

Taki styl poczucia winy zdarza się częściej u neurotyków, a więc u osób skłonnych do reakcji nerwicowych czy wręcz chorych na nerwicę. Ich skłonność do egocentryzmu stanowi dużą przeszkodę w pokonaniu tego destruktywnego sposobu przeżywania winy i osłabia ich zaangażowanie w przeżywaniu wartości.

W przypadkach takich cenna jest nie tylko psychoterapia - w ścisłym sensie - ale także wpływ duszpasterski, a więc odwołanie się do wartości i przeżyć religijnych. Trzeba takim ludziom przypominać, że Bóg kocha wszystkich i nikogo nie odrzuca. Warto przypomnieć słowa św. Pawła z jego listu do Rzymian (5, 20): „*gdzie wzmógł się grzech, tam jeszcze obficie rozlała się łaska*”.

Warto także przypominać, że źródłem naszego wyzwolenia ze zła i wszelkiej nędzy jest zarówno Męka Chrystusa, jak i Jego Zmartwychwstanie, i że Chrystus przeżywał swoją Mękę nie tylko jako cierpienie, ale jako akt miłości do człowieka.

Różny sposób przeżywania winy - pozytywny i destruktywny - nazywa o. Józef Augustyn „*żalem Judasza*» i *żalem Piotra*». *Pierwszy poznawszy swoje zło poszedł i powiesił się, drugi gorzko zapłakał i przyjął ofiarowane mu przebaczenie*” (7, s. 37)

W niektórych przypadkach zaburzeń osobowości, a zwłaszcza w przypadkach osobowości dysocjalnej (dawniej: psychopatii - p. s. 31), problem poczucia winy przedstawia się jeszcze trudniej: często po prostu brak jest tego poczucia, czasem nawet i wówczas, jeśli osobnik taki zdaje sobie sprawę z negatywnej oceny społecznej jego czynów.

Podobnie niezwykle trudnym problemem jest zagadnienie poczucia winy u chorych psychicznie (psychotyków). Np. w przypadkach schizofrenii, w której -jak wiadomo - mogą występować urojenia (p. s. 36 i 41), może nie istnieć poczucie winy, a w psychice chorego może funkcjonować zupełnie urojony system wartości.

Odnosnie do cięższych przypadków zaburzeń osobowości, jak również psychoz (chorób psychicznych), trudno jest sformułować proste rady dotyczące psychoterapii, gdyż przypadki te wymagają

profesjonalnego leczenia psychiatrycznego, w tym także profesjonalnej psychoterapii.

Różny stopień zaawansowania tych procesów chorobowych w poszczególnych przypadkach, jak również występujące w przebiegu psychoz i ich leczenia okresy remisji, stwarzają okazję do względnie niezaburzonego kontaktu z tymi chorymi, a więc i możliwości działań duszpasterskich. Wskazane jest przy tym korzystanie z informacji o stanie psychicznym chorego.

Bardzo owocna w działaniu psychoterapeutycznym bywa szczerą i otwartą postawą terapeuty, który ujawnia przed pacjentem swoje własne emocje i trudności. Jako przykład takiego działania niech posłuży autentyczna rozmowa matki z małym synkiem, który permanentnie utrzymywał w swoim pokoju straszny nieporządek. Matka odezwała się do niego: „Synku, i ty, i ja także, mamy trudności w utrzymaniu porządku, spróbujmy razem nad tym popracować”. Wyowiedź ta, w pełni prawdziwa, była sygnałem dla rozmówcy (dziecka), że nie jest traktowane paternalistycznie, że jego wada nie czyni go jakimś wyrzutkiem, że są szanse pozbycia się jej i że ktoś życzliwy i rozumiejący go chce i może mu w tym pomóc.

Warto przestrzec przed błędami, jakie popełniają w przebiegu psychoterapii ludzie czasem jak najlepszej woli wobec pacjentów potrzebujących pomocy psychologicznej. Najczęstszymi błędami wg M. Rogiewicz (68) są: płytkie komentowanie, nagłe odchodzenie od tematu, pomniejszanie czy bagatelizowanie cierpień pacjenta, zdawkowe uspokajanie („nie ma powodu do obaw”), sondowanie i wypytywanie z naciskiem, sugerowanie odpowiedzi, arbitralne ocenianie, kategorycznie sformułowane doradzanie („powinien Pan”, „musi Pan”) i - określając ogólnie - stosunek paternalistyczny zamiast podejścia partnerskiego.

Trzeba podkreślić, że w cięższych przypadkach konieczna jest psychoterapia profesjonalna, prowadzona przez psychiatrę czy psychologa-psychoterapeutę przez dłuższy czas: przez miesiące lub nawet parę lat. Psychoterapia jest wówczas zwykle częścią kompleksowego leczenia psychiatrycznego.

2.13. Życie samotne kapłana - zagrożenia i wartości

„Trójca Święta to nie matematyczna zagadka, w jaki sposób trzy może równać się jeden, lecz tajemnica radości Boga, który jest jeden, a nie jest samotny”.

ANNA ŚWIDERKÓWNA (77)

Co to jest samotność i kto jest samotny? Czy - w oparciu o ściśle formalne kryterium - mężczyzna lub kobieta nie żyjący w małżeństwie i rodzinie, czy zakonnik i zakonnica, którzy - chociaż opuścili swoje rodziny i nie założyli własnych - żyją w „rodzinie zakonnej”, posługującej się nawet rodzinnym słownictwem: brat, siostra, ojciec, matka? Czy do kategorii tej należy zaliczyć opuszczoną kobietę lub wdowę wychowującą swoje dzieci -jak to się mówi - samotnie? Czy może bardziej niż zakonnik samotny jest ksiądz diecezjalny, nie związany z żadną rodziną, ani własną, ani zakonną?

Odpowiedzi na powyższe pytania są trudne, niejednoznaczne i zależą od rozstrzygnięcia podstawowej kwestii, którą Elżbieta Sujak sformułowała w postaci pytania: „Czy samotność jest stanem, czy przeżyciem?” (74)

Życie w zbiorowości ludzkiej jest nie tylko koniecznością, ale i podstawą rozwoju człowieka. Najbardziej naturalnym środowiskiem życia i rozwoju osobowości ludzkiej jest rodzina. Życie rodzinne stwarza warunki do zaspokojenia najistotniejszych potrzeb: zarówno potrzeb fizjologicznych (np. zaspokojenie głodu), jak i potrzeby osobistego bezpieczeństwa, akceptacji, opieki, potrzeb doznania przynależności, szacunku i miłości, potrzeby zdobycia wiedzy o świecie i potrzeby doznania przeżycia religijnego.

Zaspokojenie tych potrzeb „wyższych” i dążenie do tych wartości nadaje życiu sens.

To, co w rodzinie jest (a w każdym razie powinno być) „szkołą życia” i co sprzyja rozwojowi osobowości wszystkich jej członków bez względu na ich wiek, to zarówno świadome działanie wychowawcze, osobisty przykład, jak i wspólne, życzliwe oraz odpowiedzialne przeżywanie różnych - czasem trudnych - okoliczności i sytuacji.

W życiu rodzinnym trzeba wzajemnie liczyć się ze swoimi potrzebami i obciążeniami, wynikającymi z wieku, rodzaju zadań życiowych (szkoła, praca), stopnia odpowiedzialności za wspólny los, z możliwości podejmowania różnych trudów i obowiązków, w tym także obowiązku organizowania rozrywki i wypoczynku.

Czasem - w razie choroby czy innych niepowodzeń - konieczna jest szczególna troska wszystkich w rodzinie o jednego z jej członków, dotkniętego jakimś doświadczeniem. Przy innej okazji zdarzy się, że ktoś inny - jedno z rodziców czy dzieci - będzie wymagał opieki, a inni - dawniej podopieczni - będą jemu służyć.

W normalnym życiu rodzinnym nikt nie jest na zawsze najważniejszy (pominąwszy przypadki specjalnej troski) ani mniej ważny; te sytuacje, stany i role zmieniają się.

Ale nawet bez wyjątkowych niepowodzeń czy chorób, a więc w warunkach i okresach życia nie zaburzonych jakimiś szczególnymi trudnościami, nikt w dobrze funkcjonującej rodzinie nie może żyć i być tylko dla siebie, ale stale musi liczyć się z najbliższymi. I ta sytuacja bardzo sprzyja rozwojowi osobowości. Tak zwane „świadeństwo dojrzałości”, czyli matura, jak również wszelkie zdobyte później dyplomy są jedynie dowodem zdobycia pewnego kwantum wiedzy, ale rozwój i dojrzewanie osobowości trwa przez całe życie, nawet w starości.

W powyższym tekście zostały uwypuklone przede wszystkim te elementy życia rodzinnego, które przyczyniają się do rozwoju osobowości człowieka, a których może zabraknąć (albo pozornie zabraknąć) w późniejszym życiu tzw. samotnym, a więc np. w życiu kapłańskim.

Na pierwszy plan wysuwa się w tym stanie odmiennosc rozwiązywania w praktyce życia codziennego takich spraw, jak organizacja odżywiania, najczęściej zresztą zapewnionego odpłatnie w zespole pracowników parafii, samodzielnej troski o odzież, o organizację wolnego czasu. W tym stanie jest się w pełni samodzielnym, a w obrębie swoich „czterech ścian” - niezależnym. W razie jakichś trudności życiowych czy chorób (częstszych w późniejszym wieku!) jest się zdany na własne, odpowiedzialne decyzje, co nie wyklucza zresztą

korzystania również z pomocy krewnych, ale nie są już oni - nawet przy trwaniu dobrych kontaktów z rodziną - codziennym wsparciem w różnego rodzaju trudnościach.

Ale może ważniejsza jest ta okoliczność, iż w życiu codziennym postępowanie, decyzje i postawy kapłana na ogół nie są przez najbliższych ani zauważane, ani ewentualnie oceniane na bieżąco, co było niegdyś tak cenne i wychowawcze w życiu rodzinnym. Kapłan jest bowiem jedynym mieszkańcem swego domu. W formalnym i ścisłym sensie nie jest to dom rodzinny, nawet jeśli sąsiaduje przez ścianę z innymi współpracownikami czy współbraćmi w kapłaństwie.

I ta właśnie specyficzna sytuacja życiowa kapłana, w aspekcie jego życia samotnego, może być okazją do pewnych wypaczeń i zagrożeń psychicznych i duchowych, ale może również stwarzać wielką szansę dobrej i radosnej realizacji powołania kapłańskiego.

Zdarzają się kapłani, którzy - będąc nawet wierni swemu powołaniu i wierni rygorom Kościoła - nie wykorzystują dobrze życia samotnego jako szansy rozwoju osobowości. Z jednej strony reagują na samotność lękiem, obawą o przyszłość, obawami przed chorobami - nierzadko w sposób przesadny - a przy tym coraz bardziej zajęci są sobą i troską o zabezpieczenie własnych potrzeb na teraz i na jutro; uważają zresztą, że jako ludzie samotni mają prawo do szczególnego zajęcia się sobą, chociażby nawet w sensie rekompensaty za świadome i wewnętrznie akceptowane wyrzeczenie się życia rodzinnego. Ich egocentryzm może przemienić się czasem jakościowo w egoizm. Odchylenia te nie mają okazji być korygowane przez najbliższe otoczenie, tak jak to dzieje się w życiu rodzinnym. Do tego dochodzi jeszcze nieraz pewien niezauważony proces: otóż stanowisko społeczne kapłana czyni go niekiedy - a zwłaszcza w środowiskach wiejskich - najwyższym autorytetem, w pewnym sensie jedynym i najważniejszym, a w warunkach takiego paternalistycznego przeżywania swojej pozycji osłabia się samokrytycyzm i rodzi się brak zrozumienia dla krytycznych refleksji otoczenia, jeśliby nawet takie krytyczne oceny się ujawniły.

Taki niedobry styl przeżywania samotności kapłaństwa, utrwalający izolację psychiczną kapłana, styl oddzielający go od ludzi jako

od duchowej rodziny, jest właściwie czymś innym niż samotność; można by go określić jako „samotnictwo”, duchową i psychiczną alienację. O takim niedobrym stylu przeżywania samotności jako alienacji mówi A. Kępiński: „*Samotność (alienacja) jest sprzeczna z naturą człowieka i w ogóle wszystkich istot żywych*” (32).

Oczywistym błędem i schematycznym uproszczeniem byłoby twierdzenie, iż w warunkach życia rodzinnego zawsze istnieją optymalne możliwości do rozwoju osobowości, a brak życia rodzinnego jest automatycznie zagrożeniem dla rozwoju człowieka. Wiadomo przecież, że i w rodzinach nie zawsze dobrze się dzieje, albo że mimo dobrej atmosfery życia rodziny i mimo najlepszej woli otoczenia rodzinnego ludzie wywodzący się z tego środowiska postępują czasem niegodnie i egoistycznie.

Również życie samotne nie jest z definicji zagrożeniem dla rozwoju człowieka. W każdym stanie i w każdej sytuacji życiowej trzeba dostrzegać realne okazje do rozwoju i bez nerwicowego, uprzedzającego lęku, ale roztropnie widzieć ewentualne zagrożenia.

W życiu każdego człowieka samotnego, nawet jeśli jego samotność jest wynikiem własnego, zaakceptowanego i głęboko umotywowanego wyboru, zdarzają się chwile, kiedy samotność jest przeżywana jako trud, a nawet przykreść. Może to mieć związek ze wspomnieniem ludzi, zdarzeń, rocznic, świąt bądź z przeżywaniem jakichś ciężarów i trudności życia. Co wówczas robić, a - przede wszystkim - czego nie robić? Nie należy odreagowywać takich złych emocji w sposób sztuczny i spłycony. Nie jest naturalnie spłyceniem kontakt z zaprzyjaźnionymi ludźmi, dodatkowa praca społeczna, sport, lektura, kontakt ze sztuką, różne formy wypoczynku czy np. jakieś hobby; ale przeżywane nie w przesadny sposób i nie w formie „hiperaktywnego działania”, nie traktowane jak narkotyk - „dla zapomnienia”.

Niemal nie na miejscu (ale może celowa) będzie wzmianka, że jednym z najgorszych i opacznych środków na poprawę równowagi psychicznej byłby w takich momentach alkohol w jakiegokolwiek formie.

Ala przecież w życiu kapłana - w sensie jego aktywności i równowagi psychicznej - chodzi o coś o wiele większego niż o leczenie

czy zapobieganie trudnościom życia samotnego: chodzi o pełne zaangażowanie w pracy kapłańskiej. „*Istotą zaangażowania jest zwrócenie się całego człowieka do «sprawy», którą stanowi najczęściej podjęta praca, zwrócenie się zarazem intelektualne, jak i uczuciowe. To właśnie nadaje zaangażowaniu się człowieka barwę i ciepło. Człowiekowi zaangażowanemu zależy na tym, co robi, ze względu na sam przedmiot pracy, a nie ze względu na wynagrodzenie, zapłatę, spodziewany sukces czy satysfakcję*” (74, s. 49).

Kościół Katolicki przywiązuje wielką wagę do stylu życia kapłana jako celibatariusza nie zakładającego własnej rodziny. Nie chodzi tu tylko o większą dyspozycyjność organizacyjną kapłanów jako ludzi samotnych. Fakt samotności życia kapłańskiego, jeśli zostanie zrozumiany właściwie, w oparciu o motywację nadprzyrodzoną, jako odwzorowanie Chrystusa, może być źródłem wielkich szans w pracy kapłańskiej. Nie ograniczany i nie powiązany więzami własnej rodziny kapłan może oddać się pracy apostołskiej z pełnym zaangażowaniem czasowym, intelektualnym i - co nie mniej ważne - emocjonalnym. Jeśli swoim uczuciem ojcowskiej i braterskiej miłości obejmie ludzi, którym pasterzuje, to nie dozna samotności jako goryczy. Trzeba wyraźnie podkreślić: tu nie chodzi tylko o wartości i uczucia wyższe, takie jak życzliwość, chęć niesienia pomocy i otuchy czy inne; trzeba problem nazwać po imieniu: tu chodzi o miłość, jaką żyje rodzina naturalna i jaką trzeba żyć i pomnażać w całej rodzinie ludzkiej.

„*Wyzwolenie się z samotności nie dokona się przez to, że człowiek samotny zdobędzie drugiego człowieka i będzie go mi a ł, ale raczej —jeśli się chce rozwijać —przez to, że dostrzeże innych ludzi, ich potrzeby, ich zagrożenia i zdecyduje się być dla nich*” (74, s. 56).

* * *

Sformułowane wyżej myśli, spostrzeżenia i rady, dotyczące przeżywania kapłaństwa i twórczego przeżywania przez kapłana faktu jego samotności jako stylu życia pozarodzinnego - nie wyczerpują pełnej prawdy o kapłaństwie.

Nie wystarczy być do tego stanu dobrze przygotowanym intelek-

tualnie i światopoglądowo. Oczywiście konieczna jest wiedza, także wiedza o szansach i zagrożeniach życia samotnego, konieczne jest zaangażowanie w swoją misję, motywacja służby człowiekowi, wrażliwa życzliwość dla ludzi; niezbędna jest również roztropna troska o siebie, o własny rozwój oraz równowagę psychiczną i duchową; konieczne jest wreszcie realizowanie idei odwzorowania Chrystusa.

Ale to wszystko jest możliwe do zrealizowania i osiągnięcia nie jako misterna i fascynująca konstrukcja intelektualno-swiatopoglądowa, ale tylko wówczas, jeśli ma swe źródło w miłości do Chrystusa, w „zakochaniu się” w Bogu, aby posłużyć się tu językiem miłości oblubieńczej; w mistycznym obcowaniu z Chrystusem, przede wszystkim we Mszy świętej, ale także w przeżywaniu liturgicznej modlitwy dnia. Cóż to za szczęście konsekrować chleb i wino, rozgrzeszać i mieć obowiązek (!) odmawiania brewiarza! I mieć jako główne zadanie swego życia - obdarzanie Chrystusem!

Ale każdy człowiek, nawet zakochany w Bogu kapłan, jest również w pewnym sensie dzieckiem i potrzebuje macierzyńskiej, kobiecej opieki. To, że celibat wyklucza oblubieńczy kontakt z kobietą, nie powinno i nie musi usuwać z życia kapłana pewnych elementów przeżywania kobiecości - w najgłębszym sensie tego słowa: kobiecości jako wrażliwej, uprzedzającej i wytrwałej miłości. Znamienne jest rzeczą, że dwaj najwybitniejsi polscy kapłani naszego stulecia: ks. Stefan Wyszyński - późniejszy Prymas Tysiąclecia - i ks. Karol Wojtyła - obecnie Pasterz Kościoła Powszechnego - byli od młodości i przez całe życie (a nasz Papież nadal) tak bardzo wrażliwi na wartości macierzyństwa i kobiecości, uosobione w Matce Jezusa.

Ileż ciepła, miłości i doceniania spraw na pozór nieważnych może wprowadzić w życie człowieka - po kobiecemu - duchowy kontakt z Matką Bożą! I tu chyba, w maryjności, tkwi też wielka szansa dla rozwoju kapłańskiego życia.

Macierzyństwo Maryi poprzedzone było przeżyciem przez Nią Zwiastowania. Jej dziewiczy Oblubieniec - Józef - też doznał zwiastowania we śnie. I też zakochał się w Bogu, on - odpowiedzialny, opiekuńczy, roztropny mężczyzna, wzór najgłębszych męskich wartości. Głowa rodziny i jednocześnie celibatariusz, tak bardzo kochający swoją małżonkę, matkę Jezusa.

I tak - niejako niepostrzeżenie - odnajdujemy samotnego (jako-by) kapłana znowu w kręgu rodziny: Świętej Rodziny, w której kochający się małżonkowie nie tylko „wpatrują się w siebie, ale patrzą razem we wspólnym kierunku” (- trawestacja słów Antoine de Saint-Exupéry).

* * *

Pierwotny pomysł autora pracy, aby problem samotności kapłana rozważyć tylko w aspekcie kryteriów psychologicznych, nie powiódł się. Nie jest bowiem możliwe mówienie o kapłaństwie bez odwołania się do tego fenomenu przeżycia religijnego, jakim jest zatopienie się kapłana w miłości Bożej. Wyjście poza argumentację ściśle psychologiczną i wejście w sferę przeżycia mistycznego okazało się konieczne, choćby nawet narażało to autora tego tekstu na zarzut, że przekracza swoje medyczne kompetencje i wkracza par excellence na teren teologii.

SAMOTNOŚĆ

*Nie proszę o tę samotność najprostszą
pierwszą z brzoza
kiedy zostaję sam jeden jak palec
kiedy nie mam do kogo ust otworzyć
nawet strzyżek cichnie choć mógłby mi ćwierkać przynajmniej jak
półwóbla
kiedy żaden pociąg pośpieszny nie śpieszy się do mnie
zegar przystanął żeby przy mnie nie chodzić
od zachodu słońca cienie są coraz dłuższe
nie proszę Cię o tę trudniejszą
kiedy przeciskam się przez tłum
i znowu jestem pojedynczy
pośród wszystkich najdalszych bliskich
proszę Ciebie o te prawdziwą
kiedy Ty mówisz przeze mnie
a mnie nie ma*

KS. JAN TWARDOWSKI (80, s. 146)

Bibliografia do Rozdziału 2

1. Aleksandrowicz Jerzy W.: *Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (według ICD -10)*. Collegium Medicum UJ, Kraków 1997;
2. Allport Gordon W.: *Pattern and growth in personality*. N. York, 1961;
3. Ange Daniel: *Homoseksualizm. Czym jest? Do czego prowadzi?* Wydawnictwo „M”, Kraków 1993;
4. Augustyn Józef, ks.: *Homoseksualizm*, w: *Przegląd Powszechny* 1994, 12 (880), s. 268-284;
5. Augustyn Józef, ks.: *Homoseksualizm a miłość*. WAM, Kraków 1997;
6. Augustyn Józef, ks.: *Integracja seksualna. Przewodnik w poznawaniu i kształtowaniu własnej seksualności*. WAM, Kraków 1998;
7. Augustyn Józef, ks., Jedliński Krzysztof, Santorski Jacek: *Terapia a duszpasterstwo*. WAM, Kraków 1995;
8. Bazyłak Józef, ks., Siek Stanisław: *Elementy higieny psychicznej w psychologii pastoralnej*. Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa 1983;
9. Braun-Galkowska Maria: *Psychologia domowa*. Warmińskie Wydawnictwo Diecezjalne, Olsztyn 1990, wyd. IV;
10. Bruski Ireneusz, St. Ks.: *Moralna ocena homoseksualizmu*, w: *Tygodnik Powszechny* 1987, 41 (35/1992), s. 8;
11. Cekiera Czesław, ks.: *Psychoprofilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych*. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1993, wyd. II;
12. Cekiera Czesław, ks.: *Ryzyko uzależnień*. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1994;
13. Cekiera Czesław, ks.: *Toksykomania: narkomania, lekomania, alkoholizm, nikotynizm*. PWN, Warszawa 1985;
14. Czarnecka Ewa: *Alkohol etylowy*, w: *Medycyna pracy dla lekarzy rodzinnych*. Red.: P. Krasucki, H. Kuczkowska-Dominas. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 1988, t. II. s. 163;
15. Dąbrowski Kazimierz: *Dezintegracja pozytywna*. Warszawa 1979;
16. Dąbrowski Kazimierz: *Funkcje i struktura emocjonalna osobowości*. Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Ośrodek Higieny Psychiczej dla Ludzi Zdrowych, Lublin 1984;
17. Dąbrowski Kazimierz: *Osobowość i jej kształtowanie poprzez*

- dezintegrację pozytywną*. Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Ośrodek Higieny Psychiczej dla Ludzi Zdrowych, Lublin 1984;
18. Dąbrowski Kazimierz: *Psychoterapia przez rozwój*. Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa 1979;
19. Dąbrowski Kazimierz: *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*. PWN, Warszawa 1996, wyd. II;
20. *Elementy psychiatrii i psychologii medycznej w praktyce ogólnolekarskiej. Problemy diagnostyki i terapii*. Red.: Stefan Leder. Wydawnictwo ZSL, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Regionalny Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych, Warszawa 1987;
21. Franki Victor E.: *Egzystencjalna pustka*, w: *Życie i Myśl* 1973, 23 (5), s. 46-52;
22. Glatt M.M.: *Drug Dependence: Current problems and issue*. Lancaster, MTP. Press Ltd. 1977;
23. Głaz Stanisław, ks.: *Wybrane zagadnienia dotyczące rozwoju osobowości człowieka*, w: *Ku pełni człowieczeństwa*. Red.: W. Kubik, WAM. Kraków 1997, s. 9-17;
24. Górecka Dorota: *Metody odzwyczajania od palenia tytoniu*, w: *Śłużba Zdrowia* z 8 - 12 VI. 2000, nr 46 - 47(2939 - 2940), s. 28 - 31;
25. Harris Thomas A.: *W zgodzie z sobą i z tobą (Praktyczny przewodnik po analizie transakcyjnej)*. Instytut Wydawniczy PAX 1979, wyd. I;
26. *Higiena psychiczna dla studentów medycyny*. Red.: Tadeusz Kobiernicki. Studenckie Koło Naukowe Higieny Psychiczej Akademii Medycznej w Warszawie, Studencka Szkoła Higieny Psychiczej, Warszawa 1993;
27. Jakubik Andrzej: *Zaburzenia osobowości*. PZWL, Warszawa 1997;
28. Jakubik Andrzej: *Zaburzenia osobowości*, w: *Psychiatria dla studentów medycyny*. Red.: A. Bilikiewicz. PZWL, Warszawa 1998, wyd. II, s. 343-355;
29. Jan Paweł II: *Anioł Pański* z 20. II. 1994 r., w: *L'Osservatore Romano*, wyd. polskie, rok XV, 1994, 4 (162), s. 39;
30. Jedliński Krzysztof: *Jak rozmawiać z tymi, co stracili nadzieję*. Wydawnictwo W.A.B., Warszawa 1997, wyd. III;
31. *Katechizm Kościoła Katolickiego*. Pallottinum, Poznań 1994;
32. Kępiński Antoni: *Autoportret człowieka (myśli i aforyzmy)*. Wydawnictwo Literackie, Kraków 1997;

33. Kępiński Antoni: *Psychopatologia nerwic*. PZWL, Warszawa 1972;
34. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” i Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków - Warszawa 1998;
35. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. UWM „Vesalius” i IPiN, Kraków - Warszawa 1997;
36. Kobierzycki Tadeusz: *Dynamika zdrowia psychicznego*, w: *Psychoterapia i kultura*. Red.: Z. Rosińska, E. Olender-Dmowska. Wydział Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1997, s. 97 - 108;
37. Kobierzycki Tadeusz: *Personalistyczne teorie zdrowia psychicznego (A. Masłow i K. Dąbrowski)*, w: *Higiena psychiczna dla studentów medycyny*. Red.: T. Kobierzycki. Studenckie Koło Naukowe Higieny Psychiczej Akademii Medycznej w Warszawie, Studencka Szkoła Higieny Psychiczej, Warszawa 1993, s. 6 - 16;
38. Kongregacja Nauki Wiary: *Persona humana* (Deklaracja o niektórych zagadnieniach etyki seksualnej). Rzym, 29. XII. 1975.;
39. Kongregacja Nauki Wiary: *List do Biskupów Kościoła Katolickiego o duszpasterstwie osób homoseksualnych*, w: *L'Osservatore Romano*, wyd. polskie, rok VII, 1986, 10 (84), s. 3-4;
40. Konopczyńska Anna: *Mądrość*, w: *Ilustrowana Encyklopedia dla Młodzieży „Bóg - Człowiek - Świat”*. Red.: T. Loska, A. Zuberbier, A. Konopczyńska, I. Mierza. Księgarnia św. Jacka, Katowice 1991, s. 165;
41. Koziński Józef: *Koncepcja transgresyjna człowieka*. Warszawa 1987;
42. Krzyszczyk Henryk, ks.: *Główne kierunki i działy psychologii*, w: *Psychologia dla teologów*. Red.: J. Makselon, Wydawnictwo Naukowe PAT w Krakowie, Kraków 1995, s. 9 - 35;
43. Krzyszczyk Henryk, ks.: *Osobowość*, w: *Psychologia dla teologów*. Red.: J. Makselon. Wydawnictwo Naukowe PAT w Krakowie, Kraków 1995, s. 177-206;
44. Kulisiński Tadeusz: *Zespół uzależnienia alkoholowego - rozpoznanie i leczenie*, w: *Terapia i Leki* 1986, XIV/XXXVI, nr 1 - 2, s. 1-11;
45. Leder Stefan: *Psychoterapia*, w: *Psychiatria dla studentów medycyny*. Red.: A. Bilikiewicz. PZWL, Warszawa 1998, s. 446-463;
46. *Leksykon psychiatrii*. Red.: S. Pużyński, PZWL, Warszawa 1993;

47. Masłow Abraham H.: *Motywacja i osobowość*. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1990;
48. Masłow Abraham H.: *W stronę psychologii istnienia*. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1986;
49. Matyska Ewa: *Następstwa zdrowotne narażenia na dym tytoniowy*, w: *Medycyna pracy dla lekarzy rodzinnych*. Red.: P. Krasucki i H. Kuczkowska-Dominas. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 1998, 1.1, s. 207;
50. Mieścicka-Mellibruda Lidia, Mellibruda Jerzy: *Psychoterapia i rozwój osobowości u osób w wieku od 18 do 30 roku życia*, w: *Terapia grupowa w psychiatrii*. Red.: H. Wardaszkowska-Lyskowska, PZWL, Warszawa 1980, wyd. II, s. 238-261;
51. Moskalewicz Jacek, Wiszejko Dorota: *Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem*, w: *Alkoholizm i Narkomania* 1999, 35(2), s. 149 - 163;
52. *Odkryć sens własnej płciowości*. Rozmowa Lucyny Słup z o. Karolem Meissnerem, w: *List* 1993, IX, 6 (104), s. 2 - 5;
53. *Okupacja i ruch oporu w dzienniku Hansa Franka 1939 - 1945*. Wybór i oprac., pod kier. S. Płoskiego: L. Dobroszycki i inni. Książka i Wiedza, Warszawa 1970, 1.1, s. 138;
54. Olender-Dmowska Elżbieta: *Antoni Kępiński: leczenie chorego czy obcowanie z człowiekiem*, w: *Psychoterapia i kultura*. Red.: Z. Rosińska i E. Olender-Dmowska. Wydział Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1997, s. 83-93;
55. *Palenie tytoniu: wolność czy zniewolenie?*. Red.: Cekiera Cz. i Zatoński W. Towarzystwo Naukowe KUL. Lublin 2001;
56. Piotrowski Andrzej: *Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem środków psychoaktywnych*, w: *Psychiatria*. Red.: A. Bilikiewicz. PZWL, Warszawa 1998, wyd. II, s. 216 - 232;
57. Popielski Kazimierz: *Logoteoria i logoterapia w kontekście psychologii współczesnej*, w: *Człowiek - pytanie otwarte*. Red.: K. Popielski, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1987, s. 27-65;
58. Popielski Kazimierz: *Noetyczny wymiar osobowości. Psychologiczna analiza poczucia sensu życia*. Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1994;
59. *Przesłanie nadziei. Przewodnik dla duszpasterstwa trzeźwości*. Red.: Marek Drzewiecki, ks. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1993;

60. *Psychiatria-dla studentów medycyny*. Red. A. Bilikiewicz. PZWL, Warszawa 1998, wyd. II
61. *Psychiatria kliniczna*. Red.: H. Kaplan, B.J. Sadock; wyd. I polskie: red. S. Sidorowicz. Urban i Pratner, Wrocław 1995;
62. *Psychologia dla teologów*. Red.: J. Makselon, ks. Wydawnictwo Naukowe PAT w Krakowie, Kraków 1995, wyd. II;
63. *Psychoterapia i kultura*. Red.: Z. Rosińska i E. Olender-Dmowska. Wydział Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1997;
64. *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Red.: Lidia Grzesiuk. PWN, Warszawa 1994;
65. *Resolution on equal rights for homosexuals and lesbians in the EC, 8February 1994*. Official Journal of the European Communities, 28 February 1994, vol. 37, no C 61, s. 40-43. (Rezolucja Parlamentu Wspólnoty Europejskiej, uchwalona 8. II. 1994 r., wzywająca parlamenty krajów Wspólnoty, aby przyznały homoseksualistom i lesbijkom prawo do zawierania małżeństw homoseksualnych i do adopcji dzieci);
66. Reykowski J., Kochańska G.: *Szkice z teorii osobowości*. Warszawa 1980;
67. Rogers Carl R.: *On becoming person*. Boston 1961;
68. Rogiewicz Maria: *Zarys psychoterapii i socjoterapii*, w: *Podstawy psychiatrii*. Red.: M. Jarosz. PZWL, Warszawa 1988, wyd. V, s. 332 - 354;
69. Rosenberg Marjorie: *Jak wymyślono homoseksualistę*, w: *W Drodze* 1992, 6(226), s. 92- 100;
70. Rozporządzenie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z dnia 21. XI. 1994 r. *W sprawie rozpowszechniania przez radio i telewizję audycji, które mogą zagrażać psychicznemu, uczuciowemu lub fizycznemu rozwojowi dzieci i młodzieży*. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej 1995, z 1. III. 1995, nr 20, poz. 108, s. 332;
71. Scott David Alexander: *Pornografia —jej wpływ na rodzinę, społeczeństwo, kulturę*. Human Life International - Europa, Gdańsk 1995;
72. Siwiak-Kabayashi Maria: *Postacie zaburzeń psychicznych*, w: *Elementy psychiatrii i psychologii medycznej w praktyce ogólnolekarskiej*. Red.: S. Leder. Wydawnictwo ZSL, Warszawa 1987, s. 98 - 160;
73. *Służba Życiu. Zeszyty problemowe* (miesięcznik). Nr 1 - 2/2000 dotyczący pornografii (zawiera 3 prace oryginalne oraz zestawienia informacji na temat międzynarodowych aktów prawnych przeciw pornografii).

- ustawodawstwa wybranych państw Unii Europejskiej dotyczącego pornografii i inne);
74. Sujak Elżbieta: *Życie jako zadanie*. Instytut Wydawniczy PAX. Warszawa 1982;
75. Szafraniec Jan: *Spoleczna reakcja na przemoc i pornografię w mediach*. Materiały konferencji: „Wychowanie a pornografia” Parlamentarne-go Zespołu ds. Rodziny (15. II. 1997) (maszynopis);
76. Szentmártoni Mihály, ks.: *Psychologia pastoralna*. WAM, Kraków 1995;
77. Świderkówna Anna: *Bóg Trójjedyny w życiu człowieka*. Wydawnictwo Benedyktynów, Tyniec - Kraków 1994, s. 15;
78. Terruwe Anna A., Baars Conrad W.: *Integracja psychiczna. O nerwicach i ich leczeniu*, w: *W Drodze*, Poznań 1989;
79. Tomaszewski Tadeusz: *Główne idee współczesnej psychologii*. Warszawa 1986;
80. Twardowski Jan, ks.: *Nie przyszedłem pana nawracać*. Wydawnictwo Archidiecezji Warszawskiej, Warszawa 1989, wyd. II, s. 146;
81. Uchnast Zenon: *Koncepcja człowieka jako osoby w psychologii humanistyczno-egzystencjalnej*, w: *Człowiek — pytanie otwarte*. Red.: K. Popielski, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1987, s. 77 - 100;
82. Wald Ignacy, Morawski Jacek, Moskalewicz Jacek, Szydłowska Teresa: *II Raport o polityce wobec alkoholu*. Zespół Ekspertów do Spraw Przeciwdziałania Alkoholizmowi przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1990;
83. Watson John Broadus: *Behaviorism*. The University of Chicago Press, Chicago 1958;
84. Wciórka Jacek: *Psychiatria*, w: *Encyklopedia Zdrowia*. Red.: W.S. Gumułka, W. Rewerski. PWN, Warszawa 1992, wyd. I, s. 1077 - 1114;
85. Wojciechowska Joanna: *Mężczyzna, kobieta. Doily*, w: *Gazeta Wyborcza* z 12. VIII. 1999 r., s. 12;
86. *Zdrowie psychiczne*. Red.: Kazimierz Dąbrowski. PWN, Warszawa 1981, wyd. II;
87. Żechowski Cezary: *Czym jest zdrowie psychiczne? (Definicje i problemy)*, w: *Higiena psychiczna dla studentów medycyny*. Red.: T. Kobierzycy. Studenckie Koło Naukowe Higieny Psychiczej Akademii Medycznej w Warszawie, Studencka Szkoła Higieny Psychiczej, Warszawa 1993, s. 17-27.

3. ZAGADNIENIA DUSZPASTERSTWA OSÓB CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH

„Współczucie Chrystusa dla chorych i liczne uzdrowienia z różnego rodzaju chorób są wymownym znakiem, że «Bóg łaskawie nawiedził lud swój» (Łk 7,16) i że Królestwo Boże jest bliskie. Jezus ma nie tylko moc uzdrawiania, lecz także moc przebaczenia grzechów. Przyszedł, by uleczyć całego człowieka, duszę i ciało; jest lekarzem, którego potrzebują chorzy. Jego współczucie dla wszystkich cierpiących posuwa się tak daleko, że Jezus utożsamia się z nimi: «Byłem chory, a odwiedziliście Mnie» (Mt 25,36). Jego szczególna miłość do ludzi dotkniętych słabością nie przestaje w ciągu wieków pobudzać chrześcijan do specjalnej troski o tych, którzy cierpią na ciele i duszy. Znajduje się ona u podstaw podejmowania nieustrudzonych wysiłków, by ulżyć im w cierpieniu”.

KATECHIZM KOŚCIOŁA KATOLICKIEGO, ART. 1503 (19)

3.1. Różne choroby i różni chorzy

Nawiązując systematyczny kontakt z chorymi w celu wyświadczenia im jakiegokolwiek pomocy trzeba przede wszystkim zdawać sobie sprawę z tego faktu, iż chorzy - tak jak zresztą wszyscy ludzie - stanowią grupę bardzo niejednorodną. Trzeba zatem wzbogacić sobie, a nawet wręcz skomplikować obraz tej różnorodności chorych, aby uniknąć popadnięcia w schematyzm ocen i działań. Ta różnorodność dotyczy przeto także różnych szpitali i oddziałów, zajmujących się rozmaitymi dziedzinami medycyny i odmiennymi metodami leczenia, co znajduje odbicie w ogólnej atmosferze, panującej w różnych oddziałach szpitalnych.

O ileż bardziej dynamiczna atmosfera - zarówno w sensie oczekiwań, obaw, ale i efektów leczenia - panuje na oddziałach chirurgiczno-operacyjnych (wielu specjalności medycznych), niż na oddziałach różnych specjalności internistycznych, w których leczenie zachowawcze (przede wszystkim farmakologiczne) trwa na ogół dłużej, bez decydujących o efekcie leczenia jednostkowych zdarzeń, jakim jest leczenie operacyjne.

Jakże odmiennym dla chorego przeżyciem jest nagłe i ostre zachorowanie (choroba wewnętrzna czy nagły uraz w wypadku), w porównaniu z chorobą przewlekłą, w przebiegu której leczenie szpitalne zostało „na spokojnie” zaplanowane i rozpoczęte dopiero po okresie oczekiwania na wolne miejsce szpitalne.

A pojęcie choroby przewlekłej także nie jest jednoznaczne. Może to być choroba nie upośledzająca aktywności pacjenta, a jedynie czasem zaostrzająca się i wymagająca hospitalizacji. Niektóre choroby przebiegające przewlekłe mogą nawet ulec zaleczeniu czy wyleczeniu. Bywają jednak choroby przewlekłe upośledzające w różnym stopniu aktywność pacjenta, np. upośledzające na dłuższe okresy bądź nawet trwale jego sprawność ruchową. Stopień upośledzenia przez chorobę przewlekłą możliwości prowadzenia normalnego życia rodzinnego i zawodowego bywa także różny. Niektórzy ludzie, dotknięci taką chorobą, żyją prawie „normalnie”, inni przykuci są do łóżka w domu czy w zakładzie leczniczym. Nie ma wątpliwości, że o tak różnym stopniu upośledzenia sprawności życiowej (niekiedy u pacjentów o podobnym stopniu zaawansowania tej samej choroby) decyduje m.in. postawa psychiczna tych chorych.

Duże zróżnicowanie pod względem przeżywania choroby i jej następstw, a także w zakresie potrzeb psychicznych, uwarunkowane jest wiekiem pacjentów, zwłaszcza jeśli porównać chorych starszych i dzieci. Te ostatnie potrzebują znacznie więcej wsparcia emocjonalnego i kontaktu z bliskimi, potrzebują znacznie więcej serdeczności i zainteresowania, i to zainteresowania nie tyle ich chorobą, ale ich dziecięcymi problemami, nie wyłączając takich spraw - bardzo dla nich ważnych - jak ich zabawki i rozrywka.

Trudno nie wyodrębnić grupy pacjentek, których nie można na-

zwać chorymi. Przeciwnie: prezentują one samo zdrowie, ale potrzebują w pewnych okolicznościach fachowej pomocy medycznej. Mowa tu o kobietach rodzących i o oddziałach położniczych. Cóż za odmienna - w porównaniu z innymi specjalnościami medycznymi - i jakże radosna jest atmosfera tych oddziałów! Pacjentka - zwykle młoda kobieta - przybywa tu nie z powodu choroby, ale aby urodzić dziecko i szybko wrócić z nim do domu. Sama fizjologia! Sama radość! Oczywiście, że i w tej dziedzinie zdarzają się niepowodzenia i w sąsiedztwie oddziałów położniczych są także oddziały patologii ciąży. Ale zasadniczo typ pacjentek rodzących - z punktu widzenia także psychologicznego - jest zupełnie odmienny niż na jakichkolwiek innych oddziałach szpitalnych.

Trzeba zauważyć także —jako odrębną pod wieloma względami - sporą grupę chorych, których stan zdrowia fizycznego lub/i psychicznego nie stwarza konieczności stałego przebywania w szpitalu. Mowa tu o różnego rodzaju inwalidach, a więc ludziach, którzy na skutek choroby lub kalectwa są długotrwale lub stale niezdolni do pracy. Ich ciało i psychikę obarczają jakieś zdarzenia z ich przeszłości, w których następstwie stali się właśnie inwalidami. Mogła to być choroba lub uraz związany z wykonywaną pracą, doznany w wypadku lub w toku działań wojennych czy w następstwie jakichś innych zdarzeń, np. kryminalnych. Wprawdzie wojna na terenie Polski skończyła się ponad pół wieku temu, ale skutki jej w postaci nagłych urazów — od znalezionych przypadkowo niewypałów - trwają do dzisiaj. O losie tych chorych decyduje zatem - w większości wypadków — nie jakaś trwająca i rozwijająca się choroba, ale trwałe, najczęściej nieodwracalne następstwo urazu, doznanego w przeszłości. Jest to dla inwalidów źródłem poważnych i trudnych problemów: realnego pogodzenia się ze swoimi ułomnościami, przezwyciężenia pokusy rezygnacji, a także włączenia się mimo wszystko do życia społecznego przez rozwinięcie jakiejś możliwej do podjęcia aktywności. Spotyka się nieraz imponujące przykłady takiej postawy ludzi obarczonych inwalidztwem.

Ten przegląd różnych typów chorych i chorób byłby współcze-

śnie niekompletny, gdyby pominąć dramatyczny problem narastającej liczbowo grupy chorych na AIDS, co jest sprawą paru ostatnich dziesięcioleci.

Dawniej mówiło się o „chorobach wenerycznych”, wśród których na czoło wysuwały się (pod względem częstości i groźby następstw) kiła i rzeżączka. Postęp medycyny w drugiej połowie dwudziestego wieku, a przede wszystkim postęp w zakresie antybiotykoterapii, radykalnie zmienił sytuację w tym sensie, że kiła i rzeżączka stały się chorobami uleczalnymi, chociaż wcale nie oznacza to, że choroby te całkiem wygasły. Inna zmiana - o charakterze psychologicznym - to odchodzenie od dawnej nazwy „chorób wenerycznych”, odbieranej jako określenie pejoratywne i zastąpienie jej terminem „chorób przenoszonych drogą płciową” („sexually transmitted diseases” - STD). Najważniejszą wszakże „nowością” dwóch ostatnich dziesięcioleci w tym zakresie jest właśnie pojawienie się ciężkiej, jak dotąd nieuleczalnej i bardzo rozpowszechniającej się na świecie choroby zwanej „zespołem nabytego upośledzenia odporności: - po angielsku „Acquired Immunodeficiency Syndrome”, skąd pochodzi skrót AIDS. Chorobę tę wywołuje odkryty w 1983 r. wirus określany skrótem HIV - od angielskiej jego nazwy „Human Immunodeficiency Virus” Od momentu zakażenia wirusem HIV do ujawnienia się choroby AIDS upływa średnio 10 lat, w ciągu których zakażony jest nosicielem wirusa. Najpowszechniejszą drogą zakażenia są kontakty seksualne. Współistnienie innych chorób przenoszonych drogą płciową jest czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo zakażenia HIV. Do zakażenia może dojść również przez: krew i jej pochodne (np. transfuzja, stosowanie przez narkomanów niesterylnych i zanieczyszczonych krwią strzykawek, przez przeszczep narządu od osoby zakażonej, przez sztuczne zapłodnienie nasieniem od zakażonego, przez zawierające domieszkę krwi wydzieliny i wydaliny, i przez przeniesienie wirusa z matki na dziecko, co jest możliwe w ciąży, okołoporodowo lub z mlekiem karmiącej).

W Polsce do 30 listopada 1996 r. zarejestrowano: 4315 zakażeń HIV, 474 zachorowania na AIDS, z czego - 281 zgonów (37). Poza

danymi udokumentowanymi ścisłą rejestracją zakażeń szacuje się, że w Polsce zaraziło się HIV około 15 do 20 tysięcy osób (wg publikacji z 1997 r. - 37).

Przedstawione powyżej skrótowo informacje i dane epidemiologiczne dotyczące AIDS są wystarczające, aby uświadomić wagę ciężkich problemów, będących palącym wyzwaniem dla Służby Zdrowia i wszystkich ludzi i instytucji zajmujących się wychowaniem i troską o poziom moralności w społeczeństwie. Równie realistyczne, jak i dramatyczne jest stwierdzenie zawarte w oficjalnej publikacji Krajowego Biura Koordynacyjnego ds. Zapobiegania AIDS: *„Zakażeń tych pozwala uniknąć abstynencja seksualna i monogamia. Znaczna część ludzi nie jest jednak gotowa przestrzegać takich zasad, mimo zagrożenia AIDS”*. (37)

Zakażeni wirusem HIV i chorzy na AIDS przeżywają ciężkie problemy. Świadomość (w większości przypadków) ich własnej odpowiedzialności za swoją chorobę, zdawanie sobie sprawy z bezsilności medycyny wobec toczącego się w nich procesu chorobowego, doznawanie niejednokrotnie dyskryminacji ze strony różnych ludzi, a czasem całych grup społecznych, niemożność założenia własnej rodziny i prowadzenia w pełni normalnego życia rodzinnego, obarczająca ich - w wielu wypadkach - przeszłość narkomana - czynią ich ludźmi nieszczęśliwymi. Sytuacja ich wymaga szczególnej troski nie tylko kompetentnych fachowców (lekarzy, psychologów, pedagogów i innych), ale również troski duszpasterskiej (4). A jakże dramatyczny i bardziej skomplikowany jest i będzie los tych, którzy jako dzieci zostali zakażeni przez rodziców ich matki. Za krótkie są dzieje tej choroby, aby można było przewidzieć przyszły los takich dzieci.

* * *

Znany psychiatra Antoni Kępiński sformułował lapidarnie prawdę znaną z obserwacji życia: *„Na ogół każda choroba somatyczna pociąga za sobą obniżenie nastroju”*, i *„Każda choroba łączy się z pewną regresją do dziecięcego egocentryzmu”* (21, s. 201/2). Mówiąc inaczej, językiem diagnostyki lekarskiej, u wielu chorych występują uwarunkowane ich chorobą zaburzenia nerwicowe (p. s. 46). Wyr-

za się to w różnym stopniu lękiem, czasem przygnębieniem, zaburzeniami vegetatywnymi i objawami błędnego koła (p. s. 47). Niekiedy - zwłaszcza w przypadkach chorób przewlekłych - objawy te utrwalają się i dochodzi do rozwoju nerwicy (p. s. 43), a więc nie tylko do przemijających objawów nerwicowych, które w warunkach różnych stresów mogą pojawić się przejściowo u ludzi zupełnie zdrowych.

Wobec takich pacjentów z nawarstwieniami nerwicy, próby wyświadczenia im pomocy psychologicznej i nawiązania z nimi bliższego i szczerego kontaktu są nieraz trudne. Chorzy tacy bywają natrętni, nastawieni hipochondrycznie, roszczeniowo, czasem są mało zainteresowani i przyjmują bierną postawę wobec procesu leczenia, np. nie współpracują z personelem leczącym, co niekiedy jest bardzo ważne, np. w procesie rehabilitacji leczniczej.

Typy różnych postaw chorych wobec własnej choroby - postaw twórczych i „pasożytniczych” - opisała ciekawie Krystyna Osińska w książce *„Twórcza obecność chorych”* (34).

A więc postawy chorych wobec własnego cierpienia mogą być również twórcze i pozytywne wobec otoczenia. Choroba nie jest wyłącznie zagrożeniem dla zdrowia psychicznego człowieka, ale stwarza również szansę dla jego rozwoju. Łatwiej osiągają to chorzy mający wsparcie osób bliskich - rodziny i przyjaciół - i traktowani z przyjaźnią przez personel leczący.

Szczególną grupę chorych stanowią pacjenci szpitali psychiatrycznych, leczeni szpitalnie z powodu psychoz, np. schizofrenii, zespołów otępiennych, chorób afektywnych (np. depresji, zespołów maniакаlnych), a także alkoholizmu, narkomanii i innych chorób. Chociaż choroby te mogą okresowo utrudniać chorym ich funkcjonowanie społeczne i kontakt z rzeczywistością, to jednak tak ciężkie zaburzenia nie są stałe i nieodwracalne, poza nielicznymi przypadkami. W żadnym razie nie można więc z góry i w stosunku do tych wszystkich chorych „spisywać na straty” możliwości kontaktu z nimi i możliwości doznawania przez tych pacjentów przeżycia religijnego. Duszpasterstwo takich chorych wymaga jednak pewnego przygotowania oraz konsultowania się z lekarzem leczącym.

3.2. Kontakty duszpasterza z chorymi oraz organizacja pracy duszpasterskiej w szpitalach

Głównymi bohaterami tych wszystkich rozważań są chorzy przebywający i leczeni w szpitalu. Dotyczy to takich chorych i takich chorób bądź ich postaci czy stopnia zaawansowania, kiedy leczenie domowe lub ambulatoryjne jest niewystarczające, gdyż konieczne procedury diagnostyczne, a przede wszystkim lecznicze są możliwe do przeprowadzenia tylko w warunkach szpitalnych. Powstaje więc dla chorego konieczność opuszczenia domu i ewentualnie miejsca pracy, aby na pewien czas znaleźć się w szpitalu. Niezależnie od tego, czy konieczność taka zaistniała nagle, czy była spodziewana, i niezależnie od dolegliwości, jakie towarzyszą chorobie, sam fakt znalezienia się w szpitalu bywa przyczyną bardzo różnych negatywnych reakcji pacjentów, a niekiedy nawet jest dla nich wręcz stresujący. Składa się na to wiele okoliczności i wiele odczuć. Tymi negatywnymi doznaniem mogą być: przymusowa - w pewnym sensie - zmiana otoczenia fizycznego i społecznego, konieczność nawiązania kontaktów z nieznanymi dotąd ludźmi, z chorymi i personelem leczącym, czasem poczucie osamotnienia w tym środowisku i bycia zaledwie jednym z wielu, niepokoje o swój stan zdrowia, o przebieg leczenia (np. operacji), o efekty terapii, o termin i możliwość powrotu do zwykłej aktywności i wiele innych niepokojów i niepewności (25).

Nie trzeba chyba przypominać prawdy, która jest truizmem, że stan psychiczny chorego ma wielkie znaczenie dla efektów terapii wszelkich schorzeń. Jest również rzeczą oczywistą, chociaż nie zawsze - niestety - respektowaną, iż cały personel leczący - lekarze, pielęgniarki i inni - powinien świadomie troszczyć się o utrzymanie dobrego stanu psychicznego chorych, chociażby przez okazywanie im życzliwości i stwarzanie dobrej atmosfery wzajemnych kontaktów. Trzeba jednak stwierdzić, że personel leczący jest bardzo obciążony obowiązkami i funkcjami odnoszącymi się szczególnie do so-

matycznych problemów procesu leczniczego, choć w zasadzie nie powinien zaniedbywać również psychicznych, a nawet duchowych potrzeb pacjentów.

Tym zaś, kto powinien zaspokajać psychiczne i duchowe potrzeby chorych, i to nie r ó w n i e ż , a l e p r z e d e w s z y s t k i m , - jeśli nie wyłącznie - jest właśnie kapelan szpitalny (7). Jego rola na terenie szpitala to zarówno działalność ściśle duszpasterska wobec ludzi doświadczonych chorobą, jak i udział w procesie leczenia chorych poprzez budowanie w nich pokoju, radości, poczucia bezpieczeństwa i sensu życia.

Podobnie jak w rozważaniach dotyczących psychoterapii, trzeba tu także podkreślić, że podstawową sprawą dla owocnych kontaktów duszpasterza z chorymi jest postawa nie paternalistyczna, ale braterska, otwarta na indywidualne problemy różnych chorych, a nie schematyczna i przejawiająca się w gotowych formułkach; postawa, w której wyraża się delikatnie szczerze zainteresowanie pacjentem, ale bez wywierania nacisku w tym kierunku, aby od pierwszej chwili znajomości mówił o sobie, jeśli nawet ma jakieś zahamowania lub wręcz nie ma chęci na bliższy kontakt z duszpasterzem. Nie należy traktować takiego niepowodzenia jako klęski.

Dla wytworzenia dobrych i braterskich kontaktów z chorymi duże znaczenie motywujące może mieć uświadomienie sobie, że każdy, kto opiekuje się chorymi, jest właściwie jednym z nich. Bo przecież każdy chorował lub - według wszelkiego prawdopodobieństwa - będzie kiedyś chory, a może i aktualnie ma jakieś dolegliwości. Zdrowie jest bowiem stanem równowagi chwiejnej. Nie patrzmy więc z góry - my zdrowi - na tych, którzy chorują. Pacjent jest jednym z nas. W indywidualnym kontakcie powinniśmy interesować się nie tylko jego chorobą, ale także nim całym, jego życiem i jego sprawami. Ważny jest przy tym uśmiech i pogoda, czasem nawet humor, ale nie tania i zdawkowa wesołkowatość, która mogłaby sprawić choremu jakiś zawód.

Poza wielką rolą i potrzebą indywidualnych kontaktów duszpasterza z poszczególnymi chorymi trzeba jednak stwierdzić, że dusz-

pasterstwo szpitalne nie jest tylko sumą tych kontaktów jednostkowych, ale duże znaczenie ma stworzenie dobrej atmosfery kontaktów kapelana szpitalnego z całą społecznością chorych.

Skuteczność tych działań zależy między innymi od organizacji pracy duszpasterskiej.

Elementami optymalnej sytuacji w tym zakresie, realizowanej w większych szpitalach, jest: istnienie na terenie szpitala kaplicy, dostępnej dla chorych przez cały dzień oraz zatrudnienie przez szpital (na jakiejś części etatu) stałego kapelana, który odprawiałby mszę świętą (codziennie lub prawie codziennie), roznosiłby codziennie Komunię świętą po salach chorych (dla pacjentów nie mogących uczęszczać do kaplicy), dodatkowo (tj. w innych godzinach) odwiedzałby chorych w salach, w pewnych okresach roku sprawowałby nabożeństwa paraliturgiczne (np. majowe). W niektórych szpitalach pacjenci mają możliwość telefonicznego kontaktowania się z księdzem kapelanem w zasadzie przez cały dzień.

Bardzo pożądana jest możliwość rozprowadzania czy wypożyczania książek i pism o tematyce religijnej i kulturalnej.

Nie w każdym szpitalu istnieją możliwości tak rozbudowanych działań. W szpitalach, w których nie ma kaplicy, msza święta bywa odprawiana w jakimś większym pomieszczeniu (np. w świetlicy) lub na korytarzu.

Bardzo ważną- choć czasem trudną— sprawą jest ustalenie godziny mszy świętej. Niedziela i dni świąteczne zapewniają więcej swobody w tym zakresie, z uwagi na mniej intensywne działania związane z systematycznym funkcjonowaniem w tych dniach procedur terapeutycznych.

W dni powszednie stałe godziny mszy świętej bywają różne w poszczególnych szpitalach. W niektórych msza św. jest odprawiana wcześniej rano (godz. 6.00 lub 6.30), z frekwencją pacjentów raczej niską. Trudność udziału większej liczby chorych wynika wówczas nie tylko z faktu wczesnej pory dnia, ale i stąd, że godziny te kolidują czasem z porą mierzenia temperatury, pobierania krwi do badań, przygotowań chorych do zabiegów operacyjnych (lewatywy) i z porą innych prac przygotowawczych na oddziałach.

Większą frekwencją chorych cieszą się msze św. odprawiane w niektórych szpitalach o godzinie 15.00 lub w godzinach przedwieczornych (np. 18.00 - 19.00), a więc po godzinach odwiedzin i po kolacji, a dostatecznie wcześniej przed terminem spoczynku nocnego.

Przytoczone wyżej przykłady terminów odprawiania mszy św. w szpitalach nie oddają wszystkich możliwości, realizowanych w różnych zakładach leczenia zamkniętego. Nie można preferować i narzucać jakiejś stałej godziny mszy św. w szpitalu. Zależy to od wielkości szpitala, jego warunków lokalowych, charakteru (w sensie profilu specjalistycznego), od miejscowych zwyczajów, możliwości kadrowych lokalnego kościoła i innych czynników, które nawet trudno jest generalnie przewidzieć.

Bardzo ważna wydaje się obecność kapłana na oddziałach szpitalnych i na salach chorych, zarówno w celu udzielania Komunii św., jak i - może w innej porze dnia - w celu nawiązywania osobistego, „luźnego” kontaktu, dla zwykłej pogawędki z pacjentami. Jest to również okazja do „wylawiania” spośród chorych bardziej zaangażowanych chrześcijan, praktykujących życie sakramentalne, którzy mogą swoją postawą zachęcić innych do korzystania z sakramentów.

W zlaicyzowanym społeczeństwie pokutują dawne poglądy (nieomal przesady) kojarzące sakrament chorych (sakrament namaszczenia) z zapowiedzią rychłej śmierci. Rzeczywiście odegrał tu rolę ten fakt, iż „...*W ciągu wieków namaszczenie chorych było coraz częściej udzielane wyłącznie umierającym. Z tego powodu otrzymało ono nazwę «ostatniego namaszczenia».* Pomimo tej ewolucji Kościół w liturgii nigdy nie przestawał prosić Pana, by chory odzyskał zdrowie, jeśli to służyłoby jego zbawieniu” (19, art. 1512).

Wydaje się, że za rzadko korzystamy z sakramentu chorych (namaszczenia chorych), zaliczonego w Katechizmie Kościoła Katolickiego razem z sakramentem pokuty i pojednania do grupy „sakramentów uzdrowienia”.

Do przyjmowania tego sakramentu w chorobie, nie tylko w obliczu niebezpieczeństwa śmierci, zachęcają zwłaszcza następujące sformułowania Katechizmu Kościoła Katolickiego (19):

„1526. «Choruje ktoś wśród was? Niech sprowadzi kapłanów Kościoła, by się modlili nad nim i namaścili go olejem w imię Pana. A modlitwa pełna wiary będzie dla chorego ratunkiem i Pan go podźwignie, a jeśliby popełnił grzechy, będą mu odpuszczone» (Jk 5,14-15)

1527. Sakrament namaszczenia chorych udziela specjalnej łaski chrześcijaninowi, który doświadcza trudności związanych ze stanem ciężkiej choroby lub starości.

1529. Za każdym razem, gdy chrześcijanin zostaje dotknięty ciężką chorobą, może otrzymać święte namaszczenie; również wtedy, gdy już raz je przyjął i nastąpiło nasilenie się choroby”.

3.3. Kontakty z osobami upośledzonymi umysłowo (3a, b, 30, 31, 32, 41)

Upośledzenie umysłowe (inaczej: niedorozwój umysłowy, obniżenie sprawności umysłowej, oligofrenia) ujawnia się w okresie rozwojowym (tj. dziecięcym) i charakteryzuje się wyraźnie niższą— od przeciętnej dla danego wieku - sprawnością intelektualną, z czym wiąże się upośledzenie zdolności funkcjonowania społecznego, a często także zaburzenia procesów uczenia się i dojrzewania (31). Zgodnie z najnowszą wersją Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, tzw. ICD (23, 24) stopień upośledzenia umysłowego, a więc upośledzenie poziomu zdolności poznawczych wyznacza się w pewnym sensie ilościowo, posługując się współczynnikiem inteligencji (intelligence quotient - IQ) i wiekiem umysłowym. Przyjmując ustalone zakresy tych dwóch parametrów, stopień upośledzenia umysłowego określa się jako łagodny (lekki) - co dotyczy około 80% przypadków - umiarkowany, znaczny i głęboki.

Tabela obok przedstawia zakresy tych wskaźników, charakterystyczne dla poszczególnych stopni upośledzenia umysłowego.

Wspomniana międzynarodowa klasyfikacja chorób zawiera rów-

Tabela 4. Zakresy współczynnika inteligencji (IQ) i wieku umysłowego charakterystyczne dla różnych stopni upośledzenia umysłowego (wg 23)

Upośledzenie umysłowe	Zakres IQ	Wiek umysłowy (lata)
łagodne	50-69	9 do poniżej 12
umiarkowane	35-49	6 do poniżej 9
znaczne	20-34	3 do poniżej 6
głębokie	poniżej 20	mniej niż 3

niez sugestią, aby ocenę diagnostyczną upośledzenia umysłowego wzbogacać określeniem „poziomu kompetencji społecznej”, a mówiąc prościej - stopnia zmian w zachowaniu osoby upośledzonej (jeśli nie wynikają one z innego towarzyszącego zaburzenia) (23, 24). Wyraża się to w kategoriach:

- niewystępowanie zmian lub minimalne zmiany w zachowaniu,
- znaczące zmiany w zachowaniu, wymagające opieki lub leczenia,
- inne zmiany w zachowaniu.

W komentarzach do międzynarodowej klasyfikacji chorób (ICD-10) podkreśla się, że ocena dwóch głównych składników upośledzenia umysłowego: niskiej sprawności procesów poznawczych i upośledzenia dojrzałości społecznej zależy w dużym stopniu od czynników społecznych i kulturowych, a to jest przyczyną trudności w ustaleniu ścisłych kryteriów diagnostycznych, które byłyby przydatne w skali międzynarodowej.

Dodatkową trudnością w jednoznacznym zaklasyfikowaniu osób upośledzonych umysłowo do poszczególnych kategorii diagnostycznych jest fakt, iż osoby te mogą wykazywać wyraźne deficyty w pewnej sferze wyższych umiejętności (np. mowy), a inny zakres tych umiejętności może być u nich lepiej rozwinięty niż można by się po nich na pozór spodziewać (np. wykonywanie prostych zadań wzrokowo-przestrzennych).

Oceny stanu pacjenta w oparciu o poziom ilorazu inteligencji nie należy przeto traktować w sposób zbyt schematyczny i sztywny.

Czynnikami przyczynowymi upośledzenia umysłowego mogą być (31):

- uwarunkowania genetyczne (np. fenyloketonuria, będąca wybiorczym zaburzeniem metabolicznym lub zespół Downa czyli mongolizm, spowodowany zaburzeniami chromosomalnymi);
- czynniki i zaburzenia występujące w okresie życia płodowego: zakażenia wirusowe, pasożytnicze, bakteryjne, różne szkodliwości chemiczne czy fizyczne, niedotlenienie, zaburzenia łożyska;
- zaburzenia powiązane z porodem, jak: uraz porodowy, zamartwica, znaczne wcześniactwo;
- fizyczne, biologiczne lub psychiczne czynniki działające szkodliwie po urodzeniu się dziecka: czynniki chemiczne, zakażenia, urazy fizyczne lub psychiczne (np. izolacja dziecka).

U dotkniętych tym upośledzeniem dzieci, a następnie w późniejszym ich wieku i w dorosłości występują - w różnym stopniu nasilenia - pewne trwałe zaburzenia myślenia, mowy, ruchów, zachowania, trudności w nauce, samoobsłudze, w możliwości wykonywania pracy (raczej prac fizycznych) oraz zaburzenia w przystosowaniu społecznym.

Stopień nasilenia tych zaburzeń i ograniczeń jest bardzo różny i zależy od stopnia upośledzenia umysłowego.

W łagodnych formach upośledzenia lekkiego stopnia osoby takie mogą funkcjonować niemal normalnie. Im większy stopień upośledzenia, tym większy jest stopień inwalidztwa, tym większa potrzeba pomocy i opieki otoczenia, przede wszystkim rodzinnego.

Obecność w rodzinie - czy w bliższym lub dalszym otoczeniu - dziecka czy osoby niepełnosprawnej umysłowo - jest często źródłem wielkich trudności i problemów, jakie przeżywają sami upośledzeni oraz osoby z ich otoczenia. Cierpienia upośledzonych bywają różne: poczucie „inności”, niedorównywania innym, braku miłości i akceptacji ze strony otoczenia, a w związku z takimi doznaniem - brak radości i poczucia sensu życia. Taki dyskomfort psychiczny jest najczęściej uwarunkowany nieprawidłowymi postawami otoczenia wobec osób upośledzonych umysłowo i zaniedbaniami w stworzeniu tym niepełnosprawnym warunków odpowiednich do

bytowania, a nawet rozwoju, pomimo nieodwracalnego - w zasadzie - inwalidztwa.

Nieprawidłową postawą wobec osób upośledzonych umysłowo jest zarówno jakakolwiek ich dyskryminacja, jak i postawa poświęcenia przeżywana wyłącznie jako cierpienie.

Naprawdę „życiową”, budzącą nadzieję i pionierską postawą jest dostrzeżenie samego Chrystusa w tych biednych upośledzonych, słabych, cierpiących i niekiedy samotnych ludziach. Okazuje się, że mogą oni wnieść bardzo wiele wartości do życia społecznego i życia Kościoła: swój głód przyjaźni, delikatność, wierność, zdolność wsłuchiwania się, żywość przeżywania religijnego, a więc te wartości, które są pozytywnym przeciwieństwem dążenia do władzy, do rywalizacji, bogacenia się i nastawienia konsumpcyjnego.

Kontakt z osobami upośledzonymi umysłowo może być źródłem obustronnej radości i rozwoju.

Nakreślone powyżej myśli są sednem duchowości ruchów, których pionierem jest Jean Vanier (ur. 1928) (41). Są to wspólnoty, w których uczestniczą na równych prawach upośledzeni umysłowo, ich rodziny i przyjaciele. Jean Vanier, syn gubernatora generalnego Kanady, oficer marynarki wojennej, doktor filozofii, porzuciwszy swoją działalność zawodową, kupił dom w podparyskiej miejscowości, aby w 1964 r. zamieszkać tam z dwoma niepełnosprawnymi umysłowo. Były to narodziły się wspólnoty „Arka” (l'Arche), skupiającej na zasadzie wspólnego życia (tj. mieszkania i pracy) upośledzonych umysłowo, ich rodziny, przyjaciół i opiekunów, tzw. asystentów towarzyszących (30, 32, 41).

W roku 1971, podczas pielgrzymki do Lourdes osób niepełnosprawnych oraz ich rodziców i przyjaciół, Jean Vanier zainicjował nowy ruch: „Wiara i Światło” (Fois et Luminere) (30, 32, 41).

Wspólnoty „Arka” i „Wiara i Światło” zaczęły szybko powstawać w wielu krajach i na wszystkich kontynentach. W Europie środkowowschodniej pierwszym krajem, w którym pojawiły się te wspólnoty, była Polska (od roku 1978) i głównie poprzez nasz kraj ruchy te rozprzestrzeniły się w innych państwach: na Węgrzech, w Czechach, na Słowacji, w Rosji, Rumunii, na Litwie i Ukrainie.

Do wspólnot ruchu „Wiara i Światło” należą obok niepełnosprawnych ich rodziny, jak również inni zaprzyjaźnieni, obok świeckich - mężczyzn i kobiet - także kapłani, a w niektórych krajach - pastory.

Wspólnoty „Wiara i Światło” spotykają się co miesiąc. Osłą spotkania jest Eucharystia (we wspólnotach katolickich) i wspólna modlitwa, a następnie wspólny posiłek, opowiadanie o sobie i zajęcia rekreacyjne: śpiewy, tańce, zajęcia plastyczne czy teatralne (np. inscenizacje wydarzeń biblijnych). Streszczając: każde spotkanie - to modlitwa, dzielenie się i świętowanie. Jest rzeczą znaną, że podczas modlitwy powszechnej we Mszy św. niepełnosprawni wypowiadają więcej podziękowań niż prośb. Dziękują za spotkanie, za udany obóz wakacyjny, za wspólnie przeżyte radości, a niekiedy proszą aby wszyscy niepełnosprawni mieli swoje wspólnoty. W mniejszych grupach spotykają się częściej w ciągu miesiąca.

Organizowane obozy wakacyjne są także okazją do odpoczynku dla części rodziców. Działalność tych wspólnot jest dobrodziejstwem nie tylko dla samych niepełnosprawnych, ale także dla ich rodziców i rodziny. Jest to dla nich droga do wyjścia z poczucia klęski życiowej, poczucia braku nadziei. Oto powstają przed nimi perspektywy aktywnego i radosnego życia ich dziecka w klimacie akceptacji i miłości wspólnoty. Odkrywają przy tym nowy świat ludzkich wartości i ślady Boga tkwiące w każdym człowieku, także tym upośledzonym umysłowo.

Wspomniane ruchy mają ściśle określoną strukturę organizacyjną zarówno na szczeblach krajowych, jak i na szczeblu międzynarodowym.

Okresowe międzynarodowe pielgrzymki tych ruchów do Lourdes są coraz liczniejsze, zarówno jeśli chodzi o wielotysięczną rzeszę uczestników, jak i o liczbę narodowości.

W Polsce przyjęło się dla niepełnosprawnych umysłowo określenie „muminki”, a dla ich przyjaciół - „paszczaki”.

Powyższa charakterystyka ruchów zajmujących się osobami upośledzonymi umysłowo skłania do dwóch refleksji i wniosków.

Po pierwsze jest to lekcja bardzo zdrowego psychicznie i głęboko chrześcijańskiego stosunku do tego rodzaju niepełnosprawnych.

Po drugie - duchowość tego ruchu i jego styl życia, zogniskowany wokół mszy św., wskazuje na wielką rolę i potrzebę kapłanów - kapelanów tych grup.

Ruch „Wiara i Światło” wydawał miesięcznik „Światło i Cienie”, który obecnie jest publikowany przez Chrześcijańskie Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych, Ich Rodzin i Przyjaciół „Ognisko” w Krakowie. Pismo zawiera stronicę poświęconą sprawom ruchu „Wiara i Światło”.

„Dar życia, ten szczególny dar Boga, nie jest mniej piękny, jeśli towarzyszą mu choroba czy słabość, pozbawienie czegoś czy ubóstwo, upośledzenie fizyczne czy umysłowe, samotność czy starość. Tak naprawdę, w takich momentach, życie ludzkie nabiera większego blasku, jako że wymaga od nas opieki, starań i szczególnego szacunku”. (Słowa kardynała Terence Cooke'a napisane w ostatnim stadium białaczki) (cyt. wg 3c).

3. 4. Problemy osób w podeszłym wieku (1, 36)

Starość jest to końcowy okres życia. Za początek tego czasu przyjmuje się umownie wiek człowieka wyrażający się liczbą 60 - 65 lat. Duże różnice indywidualne w kondycji ludzi sprawiają, że nie jest możliwe ustalenie ścisłego wiekowego kryterium początku starości.

Chociaż z formalnego punktu widzenia (na podstawie wieku) nie można zaliczyć starości do chorób, jednak pojawiający się i nasilający z wiekiem proces biologiczny starzenia się jest najczęściej przyczyną obniżenia i upośledzenia funkcji organizmu, różnych jego tkanek i narządów, a to z kolei usposabia organizm do występowania w nim różnych zaburzeń, niesprawności, a nawet konkretnych chorób.

Ten proces patofizjologiczny (z pogranicza fizjologii i patologii) dotyczy nie tylko organizmu fizycznego, ale i życia psychicznego. Jest to uwarunkowane różnymi czynnikami: zmianami biologicznymi zachodzącymi również w ośrodkowym układzie nerwowym

(przede wszystkim w mózgu), niekorzystnymi wpływami dolegliwości, ograniczeń i zaburzeń somatycznych na psychikę i wreszcie wpływami środowiskowymi i ograniczeniami w funkcjonowaniu społecznym.

Geneza procesu biologicznego starzenia się komórek, tkanek i całych organizmów nie jest w pełni wyjaśniona, chociaż wiele już na ten temat wiadomo. Istotnymi, jeśli nie przyczynowymi zjawiskami w tym procesie są:

- gromadzenie się w komórkach zbędnych produktów przemiany materii;
- syntetyzowanie „wadliwych” białek (decydujących o różnych funkcjach komórek i organizmu) wskutek błędnego sterowania tą syntezą przez kwas dezoksyrybonukleinowy (DNA), który nie ulegając odnowie (zwłaszcza w komórkach nie dzielących się) staje się źródłem fałszywych informacji w procesie biosyntezy białek;
- wtórne upośledzenie zdolności adaptacyjnych i kompensacyjnych wobec różnych zjawisk i bodźców zmieniającego się środowiska zewnętrznego, a więc malejąca zdolność zachowania homeostazy czyli utrzymania trwałości środowiska wewnętrznego.

Powyższe uwagi nie są streszczeniem wszystkich dociekań i teorii dotyczących biologicznego procesu starzenia się, ale zmierzają do zilustrowania całej złożoności tych procesów, które rozgrywają się (a może rozpoczynają się) w obszarze subkomórkowym i molekularnym.

Poza czynnikami wewnątrzustrojowymi (np. przebytymi chorobami) czy czynnikami zewnętrznymi (warunkami życiowymi) istotną rolę w procesie i szybkości starzenia się odgrywają oczywiście również czynniki genetyczne; znane są bowiem rodziny cechujące się długowiecznością większości swoich przedstawicieli.

Charakterystyczne dla starości zmiany fizyczne to — ogólnie mówiąc - obniżenie funkcji organizmu, a więc: osłabienie siły mięśniowej i zanik (tj. wyszczuplenie) mięśni, zmniejszenie szybkości przewodzenia bodźców we włóknach i komórkach nerwowych, zmniejszenie pojemności życiowej płuc, zwolnienie przemiany materii, przesączania się nerkowego i inne.

Najczęstsze choroby okresu starości i związane z nimi dolegliwości to:

- miażdżycy i jej następstwa: w ośrodkowym układzie nerwowym (np. zawroty głowy, zaburzenia snu), w układzie krążenia (choroba wieńcowa, w tym zawały serca, niewydolność krążenia),
- nadciśnienie tętnicze,
- rozedma płuc z niewydolnością oddechową (dusznością),
- zmiany zwyrodnieniowe (choroba zwyrodnieniowa) układu kostno-stawowego czyli artroza, z bólami kręgosłupa lub/i różnych stawów, z ewentualnymi trudnościami chodzenia i upośledzeniem sprawności ruchowej (zależnie od lokalizacji zmian),
- różne dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego (zaparcia, niestrawności),
- upośledzenie wzroku (nasilenie wad wzroku lub zaćma),
- upośledzenie słuchu,
- ubytki w uzębieniu,
- u mężczyzn - nierzadko przerost prostaty z dolegliwościami pęcherzowymi,
- u kobiet - nierzadko nietrzymanie moczu.

Częstym zjawiskiem w starości jest współistnienie zmian chorobowych i dolegliwości obejmujących wiele narządów. Kłopotliwym i niekorzystnym tego następstwem jest konieczność stosowania przez lekarza wielu leków jednocześnie (polipragmazja).

Znaczniejszy stopień zaawansowania tych różnych zmian, właściwych starości, kształtuje charakterystyczna sylwetkę człowieka: pochylonego, czasem zgarbionego, chód i ruchy są wolniejsze, nieelastyczne, skóra jest pomarszczona, szara, oczy niekiedy zamglone, widoczna jest siwizna bądź łysienie.

Pozostawiając medycynie (w ścisłym pojęciu tego słowa) leczenie różnych zmian i chorób narządowych, warto skupić się tutaj przede wszystkim na zmianach charakterystycznych dla psychiki człowieka staroego i na zaspokojeniu jego potrzeb w tym zakresie. Odrębne charakteryzowanie zmian somatycznych i psychicznych właściwych starości jest konieczne z punktu widzenia metodycznego i dla celów porządkujących. Ale w istocie oddzielanie tych dwóch

aspektów jest zubożaniem rzeczywistości i to nie tylko z uwagi na generalną zasadę poszanowania psychofizycznej jedności istoty ludzkiej, ale i z uwagi na ten fakt, że konkretne - zwłaszcza w starości - zaburzenia somatyczne, psychiczne i warunki funkcjonowania społecznego są wybitnie od siebie nawzajem zależne.

Za jeden z głównych defektów psychicznych starości uważa się przysłowiowy brak pamięci. Nie jest to wcale oczywiste. Pomijając występujące czasem u ludzi starych zespoły (choroby) otępienne i pomimo często spotykanego u zdrowych osób starszych tzw. „łagodnego zapominania wieku podeszłego” („gdzie podziały się okulary?”), starzy ludzie bywają często sprawni (nawet bardziej niż młodzi) w dotrzymywaniu terminów płatności, przekazywaniu informacji odebranych telefonicznie czy w innych sprawach codziennych.

Jednakże pamięć ich i pozytywne doznania psychiczne są bardziej skierowane ku przeszłości. Do nowych gustów, poglądów i przemian miewają stosunek nieufny. Świadomość odmienności upodobań i poglądów oraz zmęczenie niektórymi przejawami współczesności (np. hałas, głośna muzyka) przyczyniają się do narastania poczucia osamotnienia, zwłaszcza wobec zmniejszania się grona ich rówieśników.

Poczucie odmienności, różnego stopnia izolacja społeczna i odczuwanie różnych dolegliwości i ograniczeń sprawia niekiedy, że ludzie starzy stają się introwertykami, nastawiają się egoistycznie, roszczeniowo i bardzo krytycznie wobec otoczenia. Czasem lęk o swój obecny i dalszy los skłania ich do przesadnej oszczędności, a nawet skąpstwa.

Te różne wspomniane tu niemiłe cechy nie są wyłącznie następstwem starzenia się, ale także wyrazem zaostrenia się i nasilania tych przywar, które cechowały danego człowieka przez całe jego życie.

Taka smutna i nieco negatywna sylwetka psychiczna człowieka starego wcale nie jest zjawiskiem powszechnym i nieuchronnym. Nie wszyscy bowiem ludzie żyją tak samo i nie wszyscy starzeją się jednakowo. Wiadomo, że osoby komunikatywne, aktywne, mające zainteresowania i angażujące się w jakąś działalność - zawodową czy inną, umiejące wypełnić czas pożytecznymi, interesującymi zajęciami, zachowują długo dobrą kondycję psychofizyczną, dla której

nawet różnice międzypokoleniowe nie stanowią bariery. Iluż to dziadków, a zwłaszcza babć wzbogaca życie rodziny wielopokoleniowej, rozumiejąc np. potrzeby wychowawcze wnucząt niekiedy lepiej niż dawniej swoich dzieci!

A więc kondycja starości zależy od stylu całego życia. Ale nie tylko. Wpływają też na nią warunki środowiskowe, społeczne. Kontakty i życzliwość otoczenia, zwłaszcza najbliższego, a więc rodziny, są niezwykle cenne dla dobrego przeżywania starości.

Ciężkim doświadczeniem dla starszego człowieka jest osamotnienie wynikające z braku wrażliwości społecznej czy - co gorsza - rodzinnej. Zagrożeniem dla spokojnej starości jest także zła sytuacja materialna oraz przymusowa zmiana warunków środowiskowych, np. konieczność przeniesienia się do zakładu opieki - co zresztą wcale nie musi być klęską życiową. Czasem wręcz ratuje, chociaż najczęściej nie jest łatwe.

* * *

Poza opisanymi wyżej objawami zmniejszenia sprawności psychofizycznej, u osób w podeszłym wieku występują czasem zaburzenia psychiczne. Najczęstsze choroby psychiczne wieku podeszłego to: otępienie, depresja i zaburzenia nerwicowe. Krótka charakterystyka tych zaburzeń jest przedstawiona w odpowiednich rozdziałach (2.4.2.1., 2.4.3., 2.5.).

Leczenie chorób psychicznych jest domeną psychiatrii. Natomiast troski i umiejętnego postępowania wobec osób w podeszłym wieku należy oczekiwać od wszystkich, którzy się z nimi stykają.

Przed wszystkim trzeba przestrzec przed błędami i wskazać na najczęstsze zaniedbania w tej dziedzinie życia.

Podstawowy i karygodny błąd to zaniedbywanie ludzi starych i niezaspokajanie ich podstawowych potrzeb fizycznych, psychicznych i duchowych. Nie jest właściwe świadczenie opieki nastawionej wyłącznie na zaspokajanie potrzeb fizycznych i fizjologicznych, a więc tylko karmienie, utrzymywanie czystości i spełnianie podstawowych wymogów higieny.

Jeśli osoby opiekujące się czy mieszkające z ludźmi starymi podej-

mują z nimi żywszy kontakt, błędem jest posługiwanie się takimi sformułowaniami, które mają posmak zbytniej poufałości czy lekceważenia, np. „Babciu” czy „Dziadku”, jeśli takie pokrewieństwo nie istnieje. Lepiej użyć przyjętych w polszczyźnie zwrotów „Pan”, „Pani”, może z dodaniem imienia - dla wytworzenia atmosfery bliższego kontaktu, a więc np. „Pani Zofio”, „Panie Stefanie”.

Przede wszystkim wszakże w kontakcie z osobami starszymi (krewnymi czy obcymi) trzeba starać się o podtrzymywanie naturalnych międzyludzkich relacji, o pełną kulturę współżycia, a więc nie spoglądać z wysokości świadczeniodawcy usług opiekuńczych, ale zachowywać się w sposób naturalny, chciałoby się powiedzieć - normalny. Dobra atmosfera i życzliwość środowiska, przede wszystkim rodzinnego, ma niewątpliwie wielkie znaczenie dla utrzymywania osób starszych w dobrej kondycji psychofizycznej, stymulowania dobrych cech ich osobowości, dla ich zdrowia psychicznego.

Oczywiście pewne przejawy niepełnosprawności osób starszych (upośledzenie słuchu, trudności w poruszaniu się) stwarzają konieczność dodatkowych starań otoczenia o pokonywanie tych barier. Chodzi tu np. o głośniejsze mówienie, załatwianie jakichś spraw czy zakupów, pomoc w dotarciu do kościoła, do lekarza lub umożliwienie spaceru.

Wielką rolę w przeżywaniu starości z jej trudami i ograniczeniami - czasu, który jest także okresem dopełnienia i syntezy własnego życia, jego osiągnięć i klęsk, w budzeniu optymizmu, ale i obiektywizmu w spojrzeniu na siebie i otoczenie - może (i powinien) odegrać duszpasterz.

Program działania duszpasterskiego wobec ludzi w podeszłym wieku to także troska o ich życie sakramentalne, o podtrzymywanie w nich nadziei eschatologicznej w harmonii z dziejami świata i z losami ich najbliższych.

Warto również, aby duszpasterze podejmowali świadomie działania wychowawcze wobec osób otaczających ludzi starych - rodziny czy opiekunów - aby budzili zrozumienie i wyrozumiałość wobec problemów starości, która staje się z czasem udziałem większości ludzi.

Wydaje się, że ideę programu działania duszpasterskiego streszczają najlepiej słowa papieża Jana Pawła II w jego „Liście do osób w podeszłym wieku” (z 1. X. 1999 r.):

„...lata szybko przemijają, a dar życia, mimo towarzyszących mu trudów i cierpień, jest zbyt piękny i cenny, abyśmy mogli się nim znużyć...Mimo ograniczeń mego wieku bardzo wysoko cenię sobie życie i umiem się nim cieszyć. Dziękuję za to Bogu. Pięknie jest służyć aż do końca sprawie Królestwa Bożego” (17).

3.5. Kontakt z umierającymi

„Śmierć należy do życia, jak narodziny. Stąpienie polega tyleż na unoszeniu stopy, ile na jej opuszczaniu”.

RABINDRANATH TAGORE (40).

„Śmierć nie spotyka nas nagle, lecz robi postępy powoli, umieramy po troszeczkę co dzień. Co dzień bowiem uchodzi jakaś część życia i nawet wtedy, gdy rośniemy, życie się skraca. Oto przebyliśmy dzieciństwo, a potem lata młodości. Ile czasu minęło po dzień wczorajszy, to już przepadło; a i ten dzień, który właśnie spędzamy, również dzielimy ze śmiercią. Tak jak klepsydrę wodną opróżnia nie ostatnia kropla, lecz wszystko to, co wypłynęło przedtem, podobnie i ostatnia godzina, w której żyć przestajemy, nie sama tylko przyprawia nas o śmierć, choć sama śmierci dopełnia. Dochodzimy bowiem do śmierci o określonej godzinie, ale przedtem idziemy do niej długo”.

LUCJUSZ ANNEUS SENECA,

„LISTY MORALNE DO LUCYLIUSZA” (CYT. WG 22).

Jak wykazuje współczesna nauka, nawet śmierć pojedynczej komórki w tkankach organizmów wyższych może być następstwem nie tylko różnych szkodliwych czynników, działających z zewnątrz komórki. Odkryto bowiem proces „fizjologicznej śmierci” komórki, zwany apoptozą (od greckiego opadania płatków czy zwiędłych

liści). Proces apoptozy rozpoczyna się od wzmożenia aktywności pewnych enzymów wewnątrzkomórkowych, co prowadzi do fragmentacji kwasu dezoksyrybonukleinowego (DNA), a więc istotnego materiału genetycznego komórki, a w następstwie - do jej śmierci biologicznej i rozpadu (42).

Tak więc śmierć - nawet z biologicznego punktu widzenia - jest elementem czy etapem życia. A przecież życie ludzkie nie sprowadza się tylko do procesów biologicznych i nie kończy się śmiercią. Według „Karty Pracowników Służby Zdrowia - Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia (18): *„Śmierć jest widziana i doświadczana jako rozkład, unicestwienie, zerwanie. ((Następuje, gdy zasada duchowa, która utrzymuje jedność jednostki nie może już wypełniać swoich funkcji na organizmie, którego elementy, zostawione same sobie, ulegają rozkładowi. Oczywiście, ta destrukcja nie dotyka całej istoty ludzkiej. Wiara chrześcijańska - i nie tylko ona - stwierdza przetrwanie, poza śmiercią, duchowej zasady człowieka. Wiara umacnia w chrześcijaninie nadzieję odnalezienia swej integralności osobowej przekształconej i ostatecznie danej Chrystusowi -por. 1 Kor 15, 22»* (cytat z przemówienia Jana Pawła II do uczestników Sympozjum Papieskiej Akademii Nauk na temat określenia chwili śmierci - 14.XII.1989 r.).

Ta wiara pełna nadziei nie wyklucza, że śmierć jest bolesnym zerwaniem”. (18, art. 128)

Warto przede wszystkim zastanowić się, jak to „bolesne zerwanie” może wpływać na psychikę chorego, nie tylko od momentu, kiedy jest on świadom nieuchronności i bliskości czasu swego odejścia, ale i wcześniej, kiedy ma powód niepokoić się, czy choroba jego nie stwarza takiej perspektywy na nieco dalszą przyszłość.

W takiej sytuacji - zwłaszcza gdy ciężka choroba jest przyczyną bólów czy innych dolegliwości - nasilają się potrzeby biologiczne chorego (29a): potrzeba uwolnienia się od dolegliwości, od bólów, potrzeba nie zaburzonego snu i, w miarę możliwości, potrzeba nie zaburzonych różnych funkcji biologicznych, chociażby możliwości poruszania się. Chorzy ci bardzo często doznają uczucia lęku przed chorobą i jej skutkami bliższymi i dalszymi. Częstym ich cierpie-

niem jest sam fakt oczekiwania i niepewności: oczekiwania na wyniki badań lekarskich, na diagnozę i określenie precyzyjniejszych jej implikacji, na efekty leczenia, na reakcje bliskich, wreszcie niepewność co do własnej odporności i wytrzymałości psychicznej i fizycznej. W sytuacji tego dyskomfortu psychicznego i dolegliwości fizycznych chorzy często stają się bardziej egocentryczni. Nierzadko mają poczucie załamania się lub co najmniej zagrożenia ich planów życiowych, rodzinnych lub zawodowych. Mają poczucie uzależnienia od otoczenia, ograniczenia możliwości samoobsługi, przeżywanego czasem w sposób upokarzający. Niekiedy czują się osamotnieni, co może być faktem obiektywnym, ale może też być subiektywnym doznaniem, wynikającym z nasilonych chorobą potrzeb o nastawieniu egocentrycznym (29a).

Nastawienie i przeżywanie religijne może także ulegać u takich chorych różnym zmianom. U niewierzących czy obojętnych religijnie może zrodzić się potrzeba przeżycia religijnego lub przeciwnie - może utrwalić się bunt przeciw Bogu lub Jego negacja. Tzw. „letni” katolicy, którzy dotychczas nie praktykowali życia sakramentalnego, często niestety oddalają myśl czy propozycję dotyczącą jakiegoś kontaktu z Bogiem (modlitewnego czy sakramentalnego), uważając przejawy życia religijnego za zapowiedź czy wręcz symbol śmierci.

Dla ludzi wierzących i praktykujących ciężka i groźna choroba może być okazją do wzmocnienia więzi z Bogiem, zarówno w sensie znajdowania pociechy, jak i w sensie odnajdywania sensu życia i sensu cierpienia. Ale również dla wierzących doświadczenie ciężką chorobą może być wielkim wyzwaniem i próbą wierności, nie oszczędzającą im pokus zwątpienia.

A może te podziały na wierzących i niedowiarków, na przeżywających sens cierpienia i na zbuntowanych są sztuczne? Może każdy lub przynajmniej wielu ludzi wystawionych na taką próbę boryka się „w cieniu krzyża” z tajemnicą cierpienia, z przeżywaniem sensu życia i śmierci, z przeczuwaniem lub doznaniem sacrum, z poszukiwaniem i przeżywaniem Boga?

Badaniu stanu psychicznego ludzi umierających i psychicznemu wspieraniu ich w tym końcowym momencie ich życia wiele starań

poświęciły dwie znane lekarki, które od wielu lat opiekują się umierającymi. Dr Cecily Saunders - Angielka z Londynu - zbudowała w Londynie w 1967 roku Szpital św. Krzysztofa, będący pierwszym - we współczesnym sensie — hospicjum dla umierających. Lekarka ta nie tylko stworzyła hospicjum, ale zainicjowała samą ideę opieki hospicyjnej (3d, 22, 33).

Druga ze wspomnianych lekarek to dr Elżbieta Kübler-Ross - Szwajcarka, lekarz psychiatra żyjąca w USA, zajmująca się praktycznie i teoretycznie psychoterapią umierających (22, 28).

Doktor Kübler-Ross na podstawie protokołów rozmów przeprowadzonych wielokrotnie z ponad dwustu umierającymi oraz w oparciu o wieloletnie obserwacje osób umierających dochodzi do wniosku, że ludzie śmiertelnie chorzy i zdający sobie sprawę ze swej sytuacji i niepomyślnego - co do życia - rokowania przeżywają stany psychiczne układające się w pewną sekwencję. Pierwszy stan - to niegodzenie się z prawdziwością niepomyślnej dla nich diagnozy i izolacja psychiczna. Następujący po tym drugi stan wyraża się gniewem, żalem i pretensją do całego otaczającego świata. W ciągu krótkiego trzeciego okresu chory „nadrabia miną” i planuje sposób wykorzystania pozostałego trudnego do przewidzenia w czasie okresu życia. Czwarty stan - bardzo trudny dla chorego i jego otoczenia - to przeżywanie depresji. W konsekwencji tych przeżyć psychicznych - ostatni, piąty stan jest pogodzeniem się z losem (20, 28).

Takie „czasowe zaszufiadkowanie” przeżyć psychicznych człowieka umierającego prowokuje krytyczne refleksje. Profesor T. Kielanowski w swoich „Rozmyślaniach o przemijaniu” (22) także odnosi się z rezerwą do takiego schematycznego ujęcia bardzo trudnych spraw, przeżywanych bardzo różnie. Ale, abstrahując od precyzji w kolejności przedstawienia tych stanów, zwrócenie na nie uwagi jest cenne. Wnioski autorki są zresztą owocem wnikliwych badań w środowisku amerykańskim.

* * *

Świadomość sytuacji psychologicznej i duchowej człowieka zbliżającego się do śmierci, świadomość jego potrzeb, tęsknot, zawodów i lęków skłania do szczególnej troski i starania, aby kontakty

całego otoczenia - rodziny, personelu medycznego, duszpasterza - były jak najlepsze, pełne zrozumienia i serdeczne. I chociaż role, jakie pełnią wobec umierającego krewni, przedstawiciele służby zdrowia i duszpasterze - są w zasadzie różne, to jednak w praktyce wszyscy powinni podejmować całościowy trud starań o ulżenie choremu w jego cierpieniach fizycznych i duchowych.

Pierwszą sprawą jest nawiązanie bliskiego i bardzo szczerego kontaktu, wyrażenie chęci bycia razem z chorym, chęci wysłuchania jego wszystkich spraw i żalów, nieuciekanie od tematów i spraw trudnych. Nieuciekanie oznacza nie tylko nieodchodzenie od chorego, ale również niekierowanie rozmowy na boczne i niekłopotliwe tory. Trzeba spokojnie, bez lęku wysłuchać wszystkich skarg chorego, a zwłaszcza jego obaw o zdrowie, o życie, o bliskich.

Nieodparcie nasuwa tu się problem mówienia choremu prawdy o jego chorobie i o jego stanie (35a, 35b). Jakże często ukrywa się przed chorym prawdę o rozpoznaniu złośliwej choroby, o jej prawdopodobnych skutkach. Ileż pomysłowości wykazuje czasem otoczenie chorego czy pracownicy służby zdrowia w niedopuszczeniu prawdy do świadomości chorego, łącznie np. z redagowaniem dwóch wersji kart informacyjnych: jednej - prawdziwej - do wiadomości rodziny i lekarzy, a drugiej - zafałszowanej, przemilczającej np. rozpoznanie nowotworu złośliwego. Dochodzi do tego, że niektórzy chorzy, nie cierpiący na żadną złośliwą i niebezpieczną dla życia chorobę, nie dowierzają informacjom lekarzy i rodziny, „bo przecież oni wszyscy z pewnością ukrywają prawdę, żeby chorego nie martwić”.

Te krytyczne uwagi o ukrywaniu niebezpiecznej dla chorego prawdy nie zmierzają do tego, aby ktokolwiek, kiedykolwiek i jakkolwiek oświadczył choremu bez ogródek: „ma Pan(i) złośliwy nowotwór z przerzutami”. Ludzie doświadczeni w kontaktach z ciężko chorymi i umierającymi uważają, że nie ma kwestii, „czy choremu należy mówić prawdę”, ale raczej „jak należy tą wiadomością podzielić się z pacjentem?”

Po pierwsze nie wolno powiedzieć choremu, że np. ma złośliwy nowotwór, bez osiągnięcia absolutnej pewności co do tego rozpoznania (np. bez diagnostyki histopatologicznej, tzn. mikroskopowej

pobranego wycinka czy zoperowanego guza). Po drugie: utożsamianie ciężkiej i groźnej choroby ze śmiercią, z sytuacją beznadziejności, jest równie niehumanitarne, jak niezgodne z prawdą. Nie wolno jednocześnie nie budzić nadziei. Warto tu przypomnieć, co pamięta jeszcze wielu obecnie żyjących, że przed sześćdziesięciu — osiemdziesięciu laty rozpoznanie gruźlicy płuc było niemalże wyrokiem śmierci, i to głównie dla ludzi młodych. Obecnie - już od dawna - gruźlica jest chorobą uleczalną, jak wiele innych chorób zakaźnych, leczonych antybiotykami.

W dziedzinie onkologii dokonał się - i dokonuje nadal - bardzo wielki postęp (leczenie chirurgiczne, tzw. chemioterapia). Są więc realne podstawy budowania nadziei nawet u ciężko chorych.

A jakże ci chorzy będą wdzięczni i za tę nadzieję, i za uczciwość w rzetelnym informowaniu ich o prawdziwej naturze ich choroby. Zresztą zbiorowe kamuflowanie i okłamywanie chorego okazuje się zwykle nieskuteczne. Kiedy chory w końcu pozna prawdę, jest tym bardziej zestresowany nie tylko samą prawdą, ale i faktem jego okłamywania.

Elżbieta Kübler-Ross stwierdza: *„Umiejętność podzielenia się taką bolesną wiadomością z pacjentem jest sztuką. Im prościej to zrobimy, tym łatwiejsze to będzie dla pacjenta, do którego prawda dotrze później, nawet jeśli w danym momencie nie był w stanie «tego słuchać»... Wszyscy pacjenci podkreślali, że w danym momencie ważniejsze niż sama tragiczna wiadomość było współczucie lekarza, zapewnienie, że wszystko, co możliwe, zostanie zrobione, że nie zostaną «opuszczeni», że jest wiele sposobów kuracji, że zawsze — nawet w najcięższych przypadkach ~ można żywić nadzieję”.* (28, s. 41)

Chociaż informowanie chorego i jego rodziny o stanie zdrowia i zagrożeniach zdrowia pacjenta należy raczej do personelu medycznego, to jednak duszpasterz może bądź nawet powinien odegrać w tym przekazie znaczną rolę.

Bowiem przyjęcia prawdy o własnym stanie zdrowia najczęściej nie zamyka się w czasie do momentu zasadniczej rozmowy.

Informacja ta jest początkiem pewnego procesu psychicznego i duchowego.

Problemowi „prawdy wobec umierającego” został poświęcony obszerny, bardzo mądry i wnikliwy tekst w „Karcie Pracowników Służby Zdrowia” Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia z roku 1995 (18, art. 125 - 127).

Zarówno w przypadkach schorzeń ciężkich i groźnych, ale rokujących poprawę stanu zdrowia czy przedłużenie życia, jak i - zwłaszcza — w stanach terminalnych — ogromne pole do działania stoi przed duszpasterzem (18, art. 130 - 135).

Profesor Krystyna Walden-Gałuszko sformułowała zadania personelu medycznego wobec chorych umierających w formie czterech „przykazań” (29a):

- 1) słuchać,
- 2) mówić,
- 3) uśmiechać się,
- 4) być osiągalnym.

Można by ośmielić się doradzić także duszpasterzom te „cztery przykazania” jako cenny psychoterapeutyczny komponent ich działalności duszpasterskiej. Żadne z tych „przykazań” nie sprowadza się do jakiejś formalności, a każde z nich ma szeroki, nie tylko dosłowny sens: można słuchać nie tylko słów, ale przekazu oczu i emocji, można mówić nie tylko słowami, ale gestem, kontaktem wzrokiem czy obecnością, można uśmiechać się także w przenośni, można być osiągalnym nie tylko na wezwanie, ale i „bez potrzeby”.

A chory umierający ma czasem wiele do powiedzenia i do załatwienia ze swoim sumieniem, ze światem, z rodziną. Rodzina chorego umierającego też winna być przedmiotem troski duszpasterza.

Błogosławieństwem dla tych chorych, zwłaszcza takich, których stan wymaga stałej opieki medycznej, bywa możliwość ich pobytu w hospicjum (3d, 29b, 29c, 33), które w zasadzie nie jest instytucją leczniczą, ale sprawuje nad podopiecznymi opiekę paliatywną.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje opiekę paliatywną jako „aktywną całościową opiekę nad pacjentem, którego choroba nie poddaje się leczeniu przyczynowemu. Najważniejsze jest opanowanie bólu, innych objawów oraz problemów psychologicznych, społecznych i duchowych. Celem opieki paliatywnej jest osiągnięcie najlepszej jakości życia pacjentów i ich rodzin” (wg 33).

A więc i Światowa Organizacja Zdrowia zwraca uwagę na „problemy duchowe” umierającego.

Niech wnikliwemu przeżyciu tych problemów przez duszpasterza posłużą myśli zaczerpnięte z rozdziału na temat „Opieki religijnej nad umierającym” Karty Pracowników Służby Zdrowia - Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia (18, art. 130 - 135):

„Głoszenie Ewangelii umierającemu wyraża się i aktualizuje w miłości, modlitwie i sakramentach (art. 131). Miłość oznacza udzielającą się i przyjmującą obecność, która ustala z umierającym komunię, na którą składa się uwaga, zrozumienie, troska, cierpliwość, życzliwość i darmowość.

„Miłować po chrześcijańsku oznacza pomagać mu w uznaniu misteryjnej obecności Boga u jego boku oraz pozwolić mu ją odczuć; w miłości brata ukazuje się miłość Ojca” (art. 132).

3.6. Eutanazja

Grecki źródłosłów terminu „eutanazja” (*εὐ-θανασία* = dobra śmierć czyli bezbolesna, łagodna śmierć) jest bardzo mylący w zestawieniu z tym, czym naprawdę eutanazja jest obecnie. A współcześnie eutanazja jest pozbawianiem życia lub przyspieszaniem śmierci w sposób bezbolesny ludzi ciężko chorych bądź upośledzonych fizycznie czy psychicznie, cierpiących lub po prostu starych. Eutanazja jest więc aktem zabójstwa, a mówiąc konkretniej - jest to zabicie pacjenta przez lekarza. W „Deklaracji o eutanazji („Iura et bona”) Kongregacji Doktryny Wiary z dnia 5. V. 1980 r. (5, 29e, 45) eutanazja została określona jako „czynność lub jej zaniechanie, która ze swej natury lub w zamierzeniu działającego powoduje śmierć w celu wyeliminowania wszelkiego cierpienia”.

W świadomości ludzi dwudziestego wieku samo pojęcie eutanazji przywołuje na pamięć tragedię holocaustu i praktyki hitlerowskiego totalitaryzmu.

Okazuje się jednak, że Hitler nie był pionierem uśmiercania ludzi

upośledzonych pod jakimkolwiek względem, chociaż w pełni przyjął, zaakceptował i rozwijał ten kierunek zbrodniczej działalności. Pionierami w tej dziedzinie byli niemieccy psychiatrzy (6, 27, 44).

Pierwsza na ten temat inicjatywa i publikacja niemieckiego psychiatry Alfreda Hoeche'go i niemieckiego prawnika Karla Bindinga pochodzi z 1920 r., a tytuł ich książki: „Wydanie zniszczeniu istot niewartych życia” („Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens”) — jest niejako dramatyczną zapowiedzią ideologii odmawiającej wartości człowieczeństwa pewnym grupom ludzi (2).

Pierwsze komory gazowe, w których uśmiercano ciężko chorych psychicznie, funkcjonowały nie w obozach koncentracyjnych czasu wojny, ale wcześniej — w latach trzydziestych - w niemieckich klinikach psychiatrycznych. Nie oszczędzono również chorych dzieci (6).

Już w 1935 r. Hitler zapowiedział stosowanie eutanazji w razie wojny, a w lutym 1939 r. powołał w Kancelarii Rzeszy komisję „do naukowej oceny dziedziczenia uwarunkowanych ciężkich schorzeń” dla przeprowadzania eutanazji dzieci (27 cz. 4). Komisja do realizacji planu eutanazji została powołana w lipcu 1939 r., a w następnym miesiącu powołano zespół upoważniony do imiennego uprawniania lekarzy do wydawania zgody na eutanazję (27 cz. 2. i 4.).

Mało znany jest fakt, iż pierwszym przeprowadzonym na skalę masową aktem zbiorowej zagłady było zagazowanie psychicznie chorych Polaków w X - XI. 1939 r. w Forcie VII pod Poznaniem (27 cz. 4., 43).

Podobną próbę przeprowadzono w szpitalu psychiatrycznym pod Berlinem w styczniu 1940 r., gdzie jako komory gazowej użyto łazienki, wprowadzając gaz przez prysznice (27, cz. 3.).

Jakże złudne były nadzieje ludzkości po drugiej wojnie światowej, że po upadku hitleryzmu eutanazja na skalę zbrodniczą (nawet nie z litości!) już się nie powtórzy! Nadzieje te zburzyło i burzy nadal to, co działo i dzieje się w Holandii, gdzie -jak twierdzi znawca tego zagadnienia, dr Willke — „na 5 osób, które umierają w Holandii, jedną zabija lekarz”, a co jeszcze gorsze, „...połowa z pacjentów jest zabijana bez wiedzy pacjentów czy też ich rodzin” (43, 44). Za-

gadnienia te relacjonuje także inny znawca tych spraw, Ryszard Fenigsen (11, 12).

Eutanazja jest tolerowana w Holandii od ponad 20 lat i tylko 4% lekarzy holenderskich jest jej przeciwnikami (27, cz. 2.). Znanie są liczne przypadki dokonywania eutanazji bez prośby i bez wiedzy chorego czy jego rodziny, czasem bez dostatecznego zbadania pacjenta. (11).

Niedobrowolna eutanazja w Holandii doczekała się urzędowej statystyki, opracowanej w 1990 r. przez Holenderską Komisję Rządową w Sprawie Eutanazji (11, 27, cz. 2., 44). Okazało się, że w ciągu jednego roku spośród 130 000 zgonów - 25 306 było następstwem eutanazji, co stanowi 19, 4% ogólnej liczby zgonów w Holandii. W szczególnej statystyce tego zjawiska przyjęto definicję opisową eutanazji, opracowaną przez Josepha Fletchera (13), zwolennika eutanazji, uwzględniającą motyw i metodę dokonania eutanazji i świadomość (tj. zgodę lub brak zgody) pacjenta. Według tego podziału we wspomnianej grupie ofiar eutanazji było: 2 300 przypadków eutanazji aktywnej (tj. z umyślnym spowodowaniem zgonu) i jednocześnie dobrowolnej (- ze strony pacjenta), 400 przypadków udzielenia przez lekarzy pomocy chorym w samobójstwie, 1 000 przypadków eutanazji aktywnej i niedobrowolnej (= zabicie chorych bez ich zgody i świadomości), 4 756 przypadków zgonu na skutek przerwania lub zaniechania leczenia na prośbę 5 800 chorych (a więc nie wszyscy w tej grupie zmarli), 8 750 przypadków zgonu chorych, którym przerwano lub zaniechano leczenia bez ich zgody (w grupie tej było 25 000 chorych, a więc także nie wszyscy w tej grupie zmarli) i wreszcie 4 941 zgonów z grupy 8 100 pacjentów, którym zastosowano śmiertelne dawki morfiny z zamiarem spowodowania zgonu (także nie wszyscy zginęli (11, s. 122- 125).

Z powyższych danych wynika, że w Holandii w ciągu roku liczba niedobrowolnych przypadków eutanazji (bez zgody i wiedzy chorych) wyraża się sumą wymienionych wyżej liczb: $1\,000 + 8\,750 + 4\,941 = 14\,691$, co stanowi 11,3% wszystkich zgonów w tym kraju. Toteż zdarza się, że starsi obywatele Holandii boją się swoich szpitali albo nawet emigrują do innych państw w obawie przed uśmierceniem ich (27, cz. 4., 39).

Tragiczną wymowę ma fakt, iż niekompletność powyższej statystyki polega na tym, że nie obejmuje ona przypadków eutanazji dzieci i psychicznie chorych (27, cz. 2.).

Dopuszczalność, tj. niekaralność przeprowadzania eutanazji w Holandii jest w zasadzie uwarunkowana przestrzeganiem ściśle sformułowanych zasad, przy czym warto tu od razu zaznaczyć, że zasady te nie są w Holandii przestrzegane ani przez lekarzy, ani przez sądy. Zasady te sprowadzają się do następujących punktów:

- prośbę o eutanazję musi świadomie i dobrowolnie wyrazić sam pacjent;
- prośba ta musi być ponawiana, uporczywa i uzasadniona;
- cierpienie pacjenta - fizyczne lub nawet tylko emocjonalne - musi być znaczne i bez szans na poprawę;
- eutanazja musi być przeprowadzona przez lekarza;
- lekarz ma obowiązek skonsultowania decyzji z innymi lekarzami, „którzy mają doświadczenie w tej dziedzinie”;
- musi istnieć sytuacja, w której wykorzystano nieskutecznie wszelkie inne możliwe sposoby postępowania lekarskiego;
- eutanazja musi być odnotowana w akcie zgonu;
- wszystkie przypadki eutanazji muszą być zgłoszone do odpowiednich władz.

Powyższe zasady są w Holandii powszechnie ignorowane i „pozostają tylko na papierze” (44).

Bogatym i rzetelnym źródłem informacji dotyczących eutanazji w USA są publikacje dwóch wybitnych znawców tego zagadnienia: dr J.C. Willke'go - prezesa Międzynarodowej Federacji Prawa do Życia (43, 44) oraz dr R. Fenigsen - lekarza kardiologa, Polaka, który po wyemigrowaniu z Polski w 1968 r. przebywał początkowo w Danii i Holandii, a od lat pracuje w Stanach Zjednoczonych (11, 12). Wydane w Polsce książki obu tych autorów na temat eutanazji są bardzo ciekawe (11, 44).

Praktyka, poglądy i decyzje prawne dotyczące eutanazji ulegają na terenie USA różnym zmianom.

Poważnym wydarzeniem dotyczącym eutanazji w USA było referendum w tej sprawie na terenie stanu Washington w dniu 5. XI.

1991 r. Pomimo że wynik referendum odrzucił możliwość zalegalizowania eutanazji, to jednak było ono pierwszą w dziejach próbą uprawomocnienia tego typu zabójstw w oparciu o sąd opinii publicznej.

Podobna ustawa została odrzucona przez wyborców Kalifornii w 1992 r. (11).

W stanie Michigan i Washington sędziowie obalili prawa stanowe zabraniające pomocy lekarza w samobójstwie. Jednakże Sąd Apelacyjny uchylił to orzeczenie, a na początku 1998 r. Izba Reprezentantów stanu Michigan w USA zatwierdziła projekt ustawy zakazującej asystowania przy samobójstwie.

Najgłośniejsze - na terenie USA - i najbardziej brzemienne w następstwa wydarzenia związane z eutanazją dotyczą stanu Oregon. Otóż w listopadzie 1997 r. 60% mieszkańców tego stanu opowiedziało się za wprowadzeniem eutanazji, a Sąd Najwyższy uznał tę ustawę za zgodną z prawem (11, 27, cz. 3., 44).

Aktualnie obowiązujące prawo w stanie Oregon, USA legalizuje możliwość pomocy lekarza w samobójstwie chorego, a więc zezwala na wypisanie przez lekarza recepty na narkotyk i na dobrowolne przyjęcie przez pacjenta śmiertelnej dawki przepisanego narkotyku. Zabronione jest natomiast wykonywanie śmiertelnych iniekcji (15, 44). Podobnie jak w Holandii, cała ta procedura jest obramowana pewnymi określonymi warunkami.

Jednocześnie na terenie Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej jest prowadzona bardzo intensywna akcja w obronie życia, przeciwko eutanazji.

Dyskusja na temat ewentualnej legalizacji eutanazji toczy się w całym świecie zachodnim. W maju 1990 r. Izba Gmin w Wielkiej Brytanii odrzuciła projekt ustawy zezwalającej na dobrowolną eutanazję.

Jednakże w jednym z terytoriów Australii - Terytorium Północnym - eutanazja została zalegalizowana w dniu 1. VII. 1996 r.

W dyskusji nad zagadnieniem eutanazji zabrało również głos Zgromadzenie Parlamentu Rady Europy. W uchwalonym na 24. posiedzeniu w dniu 25 czerwca 1999 r. „Zaleceniu 1418 (1999)1”, dotyczącym „Ochrony praw człowieka i godności ludzkiej osób nieu-

leczalnie chorych i umierających”(48), w punkcie 9. wspomnianego Zalecenia Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy sformułowało następujące ustalenia:

„Zgromadzenie zaleca zatem, by Komisja Ministrów skłoniła państwa członkowskie Rady Europy do poszanowania i ochrony pod każdym względem godności osób nieuleczalnie chorych i umierających:...

c. przez utrzymanie w mocy zakazu umyślnego odebrania życia osobie nieuleczalnie chorej lub umierającej, w tym:

I. uznanie, że państwa członkowskie gwarantują prawo do życia, szczególnie osobom nieuleczalnie chorym i umierającym, zgodnie z Artykułem 2. Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, stwierdzającej, że „nikt nie może być umyślnie pozbawiony życia”;

II. uznanie, że życzenie śmierci wyrażone przez osobę nieuleczalnie chorą lub umierającą w żadnych okolicznościach nie stanowi tytułu prawnego do zadania śmierci przez inną osobę;

III. uznanie, że samo życzenie śmierci wyrażone przez osobę nieuleczalnie chorą lub umierającą nie może stanowić prawnego uzasadnienia działań zmierzających do zadania śmierci.

Jeśli chodzi o stanowisko środowisk lekarskich w naszym kraju odnośnie do problemu eutanazji, to przede wszystkim warto przytoczyć jednoznaczną i zdecydowaną krytyczną opinię w tej sprawie Krajowej Rady Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej (29g). Ten ważny dokument zasługuje na przytoczenie go w całości:

STANOWISKO

Krajowej Rady Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej
przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie eutanazji

22 marca 1996 roku, Lublin

Opieka Paliatywna i Hospicyjna jest przeciwna eutanazji, tj. podaniu osobie z nieuleczalną chorobą środka z intencją spowodowania śmierci, jak również przeciwna działaniom wspomagającym samobójstwo.

Opieka Paliatywna i Hospicyjna zapewnia ludziom w terminalnym okresie życia całościową pomoc, obejmującą zwalczanie bólu i innych objawów towarzyszących chorobie oraz cierpień psychicznych i duchowych.

Opieka Paliatywna i Hospicyjna ma na celu poprawę jakości życia chorego, z zachowaniem jego godności aż do śmierci.

Zasady tej opieki nie ograniczają podawania leków niezbędnych do zwalczania bólu i innych objawów, nawet jeśli mogą niezamierzenie spowodować zmiany świadomości i skrócenie życia.

Opieka Paliatywna i Hospicyjna akceptuje śmierć jako zjawisko naturalne i jest przeciwna przedłużaniu gasnącego życia za cenę dodatkowych cierpień chorego.

*Przewodniczący
Krajowej Rady Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej
przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej,
Prof. dr hab. med. Jacek Łuczak*

Z okazji Światowego Dnia Chorego Naczelna Rada Lekarska ogłosiła w dniu 2 lutego 2000 r. swoje stanowisko, oświadczając m.in. iż „*Lekarze polscy...zdają sobie sprawę, że jak pisze Jan Paweł II, ich powinności najważniejsze to obrona życia (w tym przede wszystkim całkowite odrzucenie eutanazji) oraz troska o zdrowie godne człowieka*”. (39).

To „całkowite odrzucenie eutanazji” nie jest - niestety również w Polsce - powszechnie wyznawanym poglądem i to zarówno w świecie lekarskim, jak i poza nim. Zresztą, jeśli istnieją zwolennicy zabijania dzieci nienarodzonych, to trudno się spodziewać, że nie znajdą się również zwolennicy uśmiercania osób chorych, upośledzonych czy starych, z motywów opacznie deklarowanej czy nieudolnie lub nieodpowiedzialnie realizowanej litości.

Za dopuszczalnością eutanazji wypowiadał się szereg lekarzy w czasie Krajowego Zjazdu Lekarzy w Warszawie w roku 1993. Ostatecznie jednak przyjęty Kodeks Etyki Lekarskiej (26) rozstrzyga jednoznacznie tę kwestię sformułowaniem artykułu 31., który brzmi: „Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji”.

Badania przeprowadzone przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) w dniach 7 - 13 lipca 1999 r. na grupie dorosłej ludności Polski (1055 osób) wykazały, że w społeczeństwie polskim poziom aprobaty dla eutanazji jest dosyć wysoki (46).

Wyniki tych badań zestawia tabela 5.

Bardzo istotne dla przyszłości są również wnioski wynikające z badań, którymi objęto grupę 242 (141 kobiet i 101 mężczyzn) studentów medycyny Uniwersytetu Jagiellońskiego. Badania te miały na celu analizę postaw przyszłych lekarzy wobec eutanazji, w kontekście samooceny ich religijności (8). Wyniki ankiety były następujące:

- przeciwnicy eutanazji (w większości osoby z wyższą samooceną religijności) - 58,3%,
- zwolennicy eutanazji (w większości o słabej religijności) - 41,7%,
- w poszukiwaniu alternatywy wobec eutanazji respondenci wskazywali na:
 - * uśmierzenie bólu - 18,9%
 - * dotrzymanie towarzystwa choremu — 16,3%
 - * okazywanie większej miłości - 14,9%
 - * rozmowę z chorym - 13,2%
 - * brak alternatywy - 5,1%

Wyniki tych badań wskazują: po pierwsze na obecność tendencji proeutanazyjnych wśród studentów medycyny - przyszłych lekarzy (choć - sumarycznie - nieco więcej niż połowa wypowiedziała się przeciwko eutanazji) oraz - po drugie - na korelację dodatnią pomiędzy stopniem religijności (dokładniej: wyższym stopniem samooceny religijnej) a postawą obrony życia, wykluczającą eutanazję.

Jako źródło wielu istotnych i ciekawych informacji i przemyśleń dotyczących eutanazji i opieki paliatywnej warto zalecić materiały dwóch sympozjów, które odbyły się w Polsce w roku 1996: w Lublinie - na temat: „Eutanazja a opieka paliatywna”(9) i w Poznaniu - na temat: „Lekarz wobec kończącego się życia”(29).

Tendencje proeutanazyjne, pojawiające się w „zachodnim świecie”, a w sposób skrajny ujawniające się w Holandii, jak również opinie zwolenników eutanazji w Polsce budzą duży niepokój na przy-

Tabela 5. Wyniki sondażu opinii publicznej, dotyczącego postaw wobec eutanazji; badania zostały przeprowadzone przez Centrum Badania Opinii Społecznej w dniach 7-13 lipca 1999 r. na 1055-osobowej reprezentatywnej próbie dorosłej ludności Polski (46)

Tematyka i forma pytań		Odsetek (%) odpowiedzi			
		w roku 1999		w roku 1988	
		tak /za	nie/ przeciw	tak / za	nie/ przeciw
W pytaniach nie użyto słowa „eutanazja”	Czy można akceptować skracanie życia przez lekarza osobom nieuleczalnie chorym i bardzo cierpiącym, na ich prośbę?	42%	40%	38%	43%
	Czy lekarze powinni spełniać wolę cierpiących, nieuleczalnie chorych, domagających się podania im środków powodujących śmierć?	40%	44%	30%	47%
	Czy należy karać lekarzy za ułatwienie choremu śmierci na jego życzenie lub pod wpływem współczucia?	25% - bezwzględnie 24% - w niektórych okolicznościach	37%	37%	35%
	Czy dopuszczalne są działania powodujące śmierć nieuleczalnie chorych w sytuacji terminalnej (np. po odłączeniu aparatury podtrzymującej życie u osoby z uszkodzonym mózgiem): jeśli wcześniej chory o to prosił jeśli prosi rodzina jeśli prosi sam chory umożliwienie choremu samobójstwa	55% 49% 45% 41%			
	Czy usprawiedliwiona jest eutanazja na życzenie chorego (z użyciem słowa „eutanazja” w pytaniu)?	30%	43%		
	Czy prawodawstwo powinno zezwalać na bezbolesne skracanie życia chorego na prośbę jego lub rodziny?	51%	36%		

szłość i winny mobilizować do wielkiej czujności w tej sprawie i do wysiłków wychowawczych budzenia szacunku dla życia. Ten trud wychowawczy musi być kierowany w równym stopniu do dzieci i młodzieży, jak i do dorosłej części społeczeństwa. Nie zapominajmy, że wśród ludzi dorosłych jest niemało osobowości niedojrzałych.

Kościół Katolicki zajmuje w sprawie eutanazji jednoznacznie negatywne stanowisko, wyrażone w dokumentach papieskich i watykańskich.

W Deklaracji o Eutanazji „Iura et bona” („Prawa i wartości”) Kongregacji Doktryny Wiary z dnia 5 maja 1980 r. (5, 29e, 45) poza szerokim omówieniem tego zagadnienia sformułowana została zdecydowana opinia Kościoła w sprawie eutanazji: „*Należy stwierdzić z całą stanowczością, że nic i nikt nie może upoważnić do zabijania niewinnej istoty ludzkiej: czy byłaby ona płodem czy embrionem, dzieckiem czy dorosłym, starcem, nieuleczalnie chorym czy konającym. Nikt też nie może żądać tego zabójczego gestu dla siebie samego lub dla innej osoby, powierzonej jego odpowiedzialności, ani nie może przyzwalać na to, bezpośrednio lub pośrednio. Żadna władza nie może tego prawnie nakazywać ani zezwalać na to. Chodzi tu istotnie o naruszenie prawa Bożego, o obrazę godności osoby ludzkiej, o zbrodnię przeciwko życiu, o zamach przeciw człowieczeństwu*” (5, 29e, 45).

Ojciec święty Jan Paweł II stwierdza w encyklice „Evangelium Vitae”: „*Potwierdzam, że eutanazja jest poważnym naruszeniem Prawa Bożego jako moralnie niedopuszczalne dobrowolne zabójstwo osoby ludzkiej*” (10, art. 56).

Kościół, nie wyrażając zgody na eutanazję, nie zamyka jednocześnie oczu na wielkie — nieraz - cierpienia i skargi ciężko chorych i umierających. Dał temu wyraz Ojciec św. Jan Paweł II w „Liście do osób w podeszłym wieku” (17, art. 9) pisząc: „*Może się oczywiście zdarzyć, że w przypadkach poważnych chorób, powodujących nieznosne cierpienia, chorzy zostaną poddani pokusie rezygnacji, a ich bliscy lub opiekunowie pod wpływem źle rozumianego współczucia będą się skłaniać ku opinii, że «łagodna śmierć» jest rozsądnym rozwiązaniem*”.

Ten dramat ludzi umierających w wielkim cierpieniu znalazł także

pełne zrozumienie w Deklaracji „lura et bona”(5): „*Prośby ciężko chorych, niekiedy domagających się śmierci, nie powinny być rozumiane jako wyrażenie prawdziwej woli eutanazji; prawie zawsze chodzi o pełne niepokoju wzywanie pomocy i miłości. Oprócz opieki medycznej, chory potrzebuje miłości, gorącego uczucia ludzkiego i nadprzyrodzonego, którymi mogą i powinni go otoczyć bliscy, rodzice i dzieci, lekarze i służba zdrowia*”.

Pełne miłości, współczucia i roztropności jest stwierdzenie Ojca św. Jana Pawła II w encyklice „*Evangelium Vitae*”: „...*gdy śmierć jest bliska i nieuchronna, można w zgodzie z sumieniem zrezygnować z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwałe i bolesne przedłużanie życia, nie należy jednak przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich wypadkach*” (10, art. 65, 13).

Jan Paweł II potwierdza to w wydanym niedawno „*Liście do osób w podeszłym wieku*”: „...*należy przypomnieć, że prawo moralne pozwala odrzucić «terapię uporczywą», a za obowiązkowe uznaje jedynie takie leczenie, jakie wchodzi w zakres normalnej opieki medycznej, której najważniejszym celem — w przypadku chorób nieuleczalnych — jest łagodzenie cierpień*” (17, art. 9).

* * *

Oby ludzkość nie stała się „...*nowym Społeczeństwem, Które Zabija. Trzeba uczynić wszystko, co w ludzkiej mocy, aby do tego nie dopuścić*” (Ryszard Fenigsen, 11, s. 136).

3.7. Oznaki śmierci człowieka (opracowane na podstawie rozdziału S. Raszei „Tanatologia ogólna”, w: 38)

Śmierć - w aspekcie somatycznym - jest „trwałym i nieodwracalnym ustaniem czynności życiowych organizmu”(38).

Powszechnie uważa się od wieków, że moment śmierci wiąże się z wydaniem ostatniego tchnienia i z ostatnim uderzeniem serca.

Jednakże samo ustanie funkcji układów: krążenia i oddychania, ocenione powierzchowną obserwacją, należy do niepewnych oznak śmierci, a są nimi: brak tętna i tonów serca, brak oddechu, zanik odruchów, głęboka śpiączka, bierne ułożenie ciała, rozszerzenie źrenic, błądność powłok ciała i oziębienie kończyn. Objawy te nie są jednak w zasadzie dostateczną podstawą do stwierdzenia zgonu i fakt ich wystąpienia powinien skłonić do podjęcia zabiegów reanimacyjnych, gdyż nie są to pewne oznaki śmierci.

Są jednak sytuacje kliniczne, w których objawy te (a więc głównie zatrzymanie krążenia) można uznać za kryterium zgonu; są to przypadki:

- 1) klinicznej śmierci naturalnej, będącej następstwem zaawansowanego procesu starzenia się, z cechami starczego wyniszczenia,
- 2) śmierci w terminalnym stanie ciężkiej i nieuleczalnej choroby, czyniącej postępy wbrew odpowiednio długim i intensywnym próbom leczenia, jak bywa to np. w ciężkich zakażeniach lub w zaawansowanych stanach chorób nowotworowych,
- 3) śmierci spowodowanej ciężkimi urazami (np. w następstwie wypadków), z anatomicznym uszkodzeniem najważniejszych dla życia narządów (serca, mózgu) i to w stopniu uniemożliwiającym funkcjonowanie tych narządów, a więc wykluczającym możliwość życia całego organizmu.

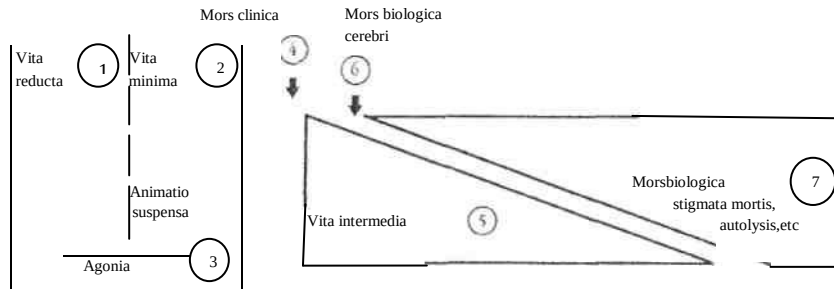
Nie zawsze jednak fakt wystąpienia śmierci biologicznej całego ustroju jest tak oczywisty i niewątpliwy, aby wymienione na początku tzw. klasyczne kryteria śmierci można było uznać za wystarczające.

Współczesne postępy wiedzy medycznej, zwłaszcza w zakresie intensywnej terapii (popularnie określa się te działania jako reanimację) oraz w zakresie transplantologii (możliwość wykorzystywania jako przeszczepów narządów osób zmarłych nagle w wypadkach), poszerzyły i niejako „skomplikowały” dotychczasową wiedzę o procesie umierania organizmu.

Okazuje się, że czas umierania różnych narządów, a więc czas (od momentu ustania krążenia), w ciągu którego można przywrócić funkcje tych narządów, wynosi dla: mózgu - 8 do 10 minut, serca - 15 do 30 minut, wątroby - 30 do 35 minut, płuc - do 60 minut, nerek

90 - 120 minut, mięśni - do kilkunastu godzin. Organizm nie umiera więc jako całość sekundowe

Przebieg procesu umierania ilustruje rycina 20.



Schemat procesu umierania 1 - życie zredukowane - osłabienie fizjologicznych czynności podstawowych układów; 2 - życie minimalne - dysregulacja ważnych czynności i dalsze zmniejszenie przejawów życia; 3 - śmierć pozorna - okres życia minimalnego, stwarzający pozory śmierci; 4 - śmierć kliniczna - ustanie czynności podstawowych układów; 5 - życie pośrednie - okres, w którym można wywołać właściwe dla danej tkanki reakcje interletalne; 6 - śmierć osobnicza - stan uważany za decydujący o uznaniu za zmarłego; 7 - śmierć biologiczna - wygasanie wszystkich życiowych czynności tkanek i komórek.

Rycina nr 20. Schemat procesu umierania człowieka (źródło ryciny - patrz s. 291)

Współczesna medycyna szczyci się możliwościami technik reanimacyjnych i możliwościami sztucznego podtrzymywania (za pomocą odpowiedniej aparatury) czynności krążenia i oddychania. Możliwości te są przekroczeniem tego progu, jaki klasycznie był uznawany za kres życia: ustania oddechu i bicia serca. Stąd nawet zrodził się termin „reanimacja”, czyli jak gdyby „przywrócenie ducha”, a więc „przywrócenie życia”. W istocie jednak potwierdziło się (vide: rycina), że ustanie oddechu i krążenia nie jest kryterium śmierci organizmu. I tak zrodziła się nowa definicja (i nowe kryterium) śmierci: śmierć biologiczna mózgu jako całości (p. ryc.), która jest „trwałym zatrzymaniem czynności psychicznych, koordynujących i regulacyjnych” (38), i której wystąpienie decyduje o uznaniu człowieka za zmarłego, a więc jest równoznaczne ze „śmiercią osobniczą”.

Taka - niewątpliwie ściślejsza - definicja śmierci jest również konieczna w związku z możliwościami pobierania od osób zmarłych narządów do przeszczepów żywym osobnikom.

Stwierdzenie śmierci mózgu jako całości, a więc stwierdzenie śmierci osobniczej, jest istotnym elementem kryteriów biologicznych, etycznych i prawnych w ocenie decyzji podejmowanych w dziedzinie transplantacji (pobieranie od osób zmarłych narządów do przeszczepów).

Stwierdzenie śmierci mózgu może być przeprowadzone na terenie placówek dysponujących możliwością wielu badań, a przede wszystkim badania elektroencefalograficznego (EEG) bądź również angiografii mózgu (tj. badania naczyń krwionośnych mózgu).

W ciągu ostatnich kilkunastu lat kryteria rozpoznawcze śmierci uległy dalszemu rozwojowi (p. Tabela 6). Otóż obecnie jako pewne kryterium „śmierci osobniczej” uważa się śmierć pnia mózgu, co zresztą jest przyczyną śmierci mózgu jako całości. Jest to definicja śmierci tzw. nowa zmodyfikowana. Istnieją ustalone kryteria (i przepisy) dotyczące rozpoznawania śmierci pnia mózgu, lecz jest to domeną postępowania ściśle lekarskiego (29f, 38) i wykracza poza cel tego rozdziału.

Tabela 6. Ewolucja definicji śmierci osobniczej

Definicja	Kryteria
Klasyczna	Nieodwracalne ustanie krążenia krwi
Nowa	Nieodwracalne ustanie funkcji mózgu
Nowa zmodyfikowana	Nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu

Rozpoznawanie zgonu i urzędowe stwierdzanie tego faktu należy do kompetencji lekarzy i w żadnym wypadku nie powinny wkraczać w te kompetencje inne osoby.

Ze względów praktycznych warto wymienić tu zmiany pośmiertne ciała człowieka zmarłego.

Wczesne zmiany pośmiertne wykształcają się w ciągu 12 godzin i należą do nich:

- 1) błądność powłok,
- 2) wysychanie pośmiertne,
- 3) oziębienie zwłok; szybkość tego procesu zależy od temperatury

otoczenia i wilgotności środowiska; do oziębienia zupełnego dochodzi zwykle po kilkunastu godzinach od śmierci. Dwa następne typy wczesnych zmian pośmiertnych są niewątpliwymi znakami śmierci. Są to:

- 4) tzw. plamy opadowe - sinowiśniowe, fioletowe lub czerwone zabarwienia powłok ciała, powstające w następstwie opadania krwi do naczyń krwionośnych w najniższej położonych i nie uciśniętych częściach ciała. Zaczynają pojawiać się około 30 minut po ustaniu krążenia, a po 2 godzinach są wyraźne; dokonanie zmiany pozycji w okresie 3-6 godzin po śmierci powoduje przemieszczanie się tych plam do okolic najniższej położonych części ciała; jeśli zmiana pozycji ciała zostanie dokonana po dłuższym czasie, plamy te pojawiają się w nowych miejscach, ale nie znikają z poprzednich miejsc; po upływie 12 godzin plamy te nie znikają pod uciskiem palca;
- 5) stężenie pośmiertne: po 2 — 3 godzinach mięśni twarzy, rąk i stóp; po 6 - 8 godzinach - całego ciała; stężenie ustępuje po około 48 godzinach.

Do późnych zmian pośmiertnych zalicza się: autolizę, gnicie, zeszkielecowanie czyli całkowity rozpad części miękkich, mumifikację - w warunkach szybkiej utraty wody w środowisku przewiewnym i suchym, przeobrażenie tłuszczowo-woskowe — zwykle w środowisku wilgotnym i przeobrażenie torfowe (w torfie) - polegające na wygarbowaniu powłok skórnych i demineralizacji tkanki kostnej.

Bibliografia do Rozdziału 3

1. Bilikiewicz Adam: *Starzenie się i zaburzenia psychiczne wieku podeszłego (problem psychogeriatry)*, w: *Psychiatria - dla studenta medycyny* Red.: A. Bilikiewicz, PZWL, Warszawa 1998, wyd. II;
2. Binding Karl, Hoche Alfred: *Die Freigabe der Vernichtung lehen-sunwerten Lebens. Ihr Mass und ihre Form*. 1. wydanie: broszura 62 s., Leipzig 1920; 2. wydanie: F. Meiner Verlag, Leipzig 1922;
3. *By nie zostali sami...* Materiały z sesji naukowych organizowanych w

latach 1993 - 1995 z okazji proklamowania przez Jego Świątobliwość Ojca Świętego Jana Pawła II Światowego Dnia Chorych. Międzyuczelniane Konwersatorium Etyki - „Medycyna na miarę człowieka”, Fundacja Raoula Follereau, Warszawa 1995. Cytowane materiały:

- a) Ughetto Jean: *Miejsce dziecka niepełnosprawnego w rodzinie i społeczeństwie*, s. 43 - 51;
- b) Kornatowska Irena: *Wychowanie religijne i katecheza dzieci niepełnosprawnych intelektualnie*, s. 55 - 60,
- c) Baconnier Pierre: *Zycie religijne chorych psychicznie*, s. 91 - 94;
- d) Żylicz Zbigniew, Duda Władysław, ks.: *Hospicjum czy eutanazja?*, s. 103- 110;
4. *Człowiek a AIDS*. Publikacja Polskiej Fundacji Pomocy Humanitarnej „Res Humanae”. Praca zbiorowa, konsultant naukowy dr M. Staniszek. Wyd. Lubelskie Nowe, Lublin 1994;
5. *Deklaracja o eutanazji (Iura et bona) Kongregacji doktryny wiary z 5. V. 1980 r.* L' Osservatore Romano, wyd. polskie 1980, nr 8, s. 1. i 3. (Również pozycje bibliografii 29e i 45);
6. *Dokumente zur «Euthanasie»*. Red.: Ernst Klee. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, 1997;
7. Durda Waldemar, ks.: *Chrześcijańska postawa wobec cierpienia według idei Apostolstwa Chorych*. Drukarnia „Monika”, Kraków 1998;
8. Dziedzic Jan, ks.: *Eutanazja a religijność. Badania wśród studentów Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego*. Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 1999;
9. *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*. Materiały Sympozjum, 22 - 23 III. 1996 r. Wyd.: KUL i Akademia Medyczna w Lublinie, Lublin 1996. Organizatorzy: Katolicki Uniwersytet Lubelski, Akademia Medyczna w Lublinie, Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej, Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego, Krajowa Rada Opieki Paliatywnej - Hospicyjnej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej, Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne, Fundacja „Godne Życie”. Wyd. II;
10. *Evangelium Vitae* - Encyklika Ojca Świętego Jana Pawła II o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego z 25. III. 1995 r.;
11. Fenigsen Ryszard: *Eutanazja — śmierć z wyboru?* W Drodze, Poznań 1997, wyd. II;

12. Fenigsen Ryszard: *Postępy i porażki ruchu na rzecz eutanazji w Stanach Zjednoczonych*, w: *Ethos* 1996, nr 33 - 34, s. 247 - 259;
13. Fletcher J: *Ethics and Euthanasia*. W: *To Live and to Die: When, Why, How*. Red.: R.H. Williams, Springer Verlag, New York 1973, s. 113 - 122;
14. Gubała Wacław, ks.: *Dlaczego Kościół mówi «nie» eutanazji*. W: *Głos dla Życia* 1998, nr 4(30), s. 4 - 5;
15. Hamilton N. Gregory: *Komentarz dotyczący szacunku okazywanego ludziom starszym w Polsce oraz zjawiska samobójstwa w towarzystwie lekarza w stanie Oregon*. Materiały konferencji z okazji Międzynarodowego Roku Seniorów, 10. XII. 1999 r. zorganizowanej przez Pełnomocnika Rządu ds. Rodziny Rzeczypospolitej Polskiej, maszynopis;
16. *Humanae vitae*- Encyklika Ojca Świętego Pawła VI O zasadach moralnych w dziedzinie przekazywania życia ludzkiego z 25. VII 1968 r.;
17. Jan Paweł II: *List do osób w podeszłym wieku*. Pallotinum 1999;
18. *Karta Pracowników Służby Zdrowia Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia*, Watykan 1995;

Tłumaczenia polskie:

- a) wyd. przez Konwersatorium Etyki - „Medycyna na miarę człowieka” i Międzynarodowa Unia Stowarzyszeń Raoula Follereau, Watykan 1995;
- b) w: *W trosce o życie - wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*. Biblos, Tarnów 1998, s. 549-627, tłum. Krzysztof Niczyj;
19. *Katechizm Kościoła Katolickiego* (wyd. polskie). Pallotinum, Poznań 1994;
20. Kebers Claire: *Jak mówić o cierpieniu i śmierci?* WAM, Kraków 1994;
21. Kępiński Antoni: *Autoportret człowieka (myśli i aforyzmy)*. Wydawnictwo Literackie, Kraków 1997;
22. Kielanowski Tadeusz: *Rozmyślania o przemijaniu*. Wiedza Powszechna, Omega, Warszawa 1973;
23. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych - Rewizja dziesią-

- ta. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” i Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków - Warszawa 1998;
 24. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych - Rewizja dziesiąta. UWM „Vesalius” i IpiN, Kraków - Warszawa 1998;
 25. Kobierzycki Tadeusz: *Zdrowie psychiczne w szpitalu*. W: *Higiena psychiczna dla studentów medycyny*. Red.: T. Kobierzycki. Studenckie Koło Naukowe Higieny Psychiczej, Warszawa 1993, s. 51-62;
 26. *Kodeks Etyki Lekarskiej*. Tekst jednolity, ze zmianami uchwalonymi przez III Krajowy Zjazd Lekarzy w Warszawie, 12-14 XII 1993 r. (Reprint opublikowany przez IV Krajowy Zjazd Lekarzy w Warszawie, 11 - 13 XII. 1997 r.). Oficyna Wydawnicza Naczelnej Izby Lekarskiej, Warszawa 1994;
 27. Kośmicki Marek: *Eutanazja*. W: *Puls Solidarności 1998, rok II*. Część 1. *Co powinniśmy o niej wiedzieć*, nr 1 (7), s. 8-9, 11; Część 2. *Co powinniśmy o niej wiedzieć*, nr 2(8), s. 10—11; Część 3. *Co jeszcze warto o niej wiedzieć*, nr 3(9), s. 14 - 16; Część 4. *Dlaczego zajęłem się tym tematem*, nr 4(10), s. 9 - 11;
 28. Kübler-Ross Elisabeth: *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1979 - wyd. I, 1998 - wyd. II;
 29. *Lekarz wobec kończącego się życia*. Sympozjum naukowe (20. IV. 1996): Oddziału Poznańskiego Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, Papieskiego Wydziału Teologicznego w Poznaniu, Hospicjum św. Jana Kantego w Poznaniu. Wydawnictwo Wers, Poznań 1996.
- Cytowane materiały:
- a) de Walden-Gałuszko Krystyna: *Potrzeby psychiczne chorych umierających*, s. 23 — 27;
 - b) Zengteler Grażyna: *Historia i organizacja Ruchu Hospicyjnego w Polsce*, s. 32-42;
 - c) Dutkiewicz Eugeniusz, ks.: *Filozofia opieki hospicyjnej*, s. 43 -46;
 - d) Sych Marek: *Granice intensywnej terapii - aspekty etyczne i prawne*, s. 47-53;
 - e) aneks: *Deklaracja o eutanazji (Iura et bona) Kongregacji Doktryny Wiary* z 5. V. 1980 r, s. 68 - 75;

f) aneks: *Stanowisko Krajowych Zespołów Specjalistycznych w sprawie kryteriów śmierci mózgu z 1991* >:, s. 79 - 85;

g) aneks: *Stanowisko Krajowej Rady Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie eutanazji z 22. III. 1996r.*, s.92;

30. Lenoir Frederic: *Nowe wspólnoty*. Wydawnictwo Księży Marianów, Warszawa 1993;

31. Namysłowska Irena: *Psychiatria dzieci i młodzieży (wybrane zagadnienia)*. W: *Psychiatria - dla studentów medycyny*. Red.: A. Bilikiewicz, PZWL, Warszawa 1998, wyd. II, s. 362 - 382;

32. Nowicki Władysław, ks.: *Katolickie Ruchy Religijne Archidiecezji Warszawskiej*. Wydawnictwo Archidiecezji Warszawskiej, Warszawa 1998;

33. O'Neill Bill, Fallon Marie: *Zasady opieki paliatywnej i opłakiwanie bólu*. BMJ - British Medical Journal, wyd. polskie, 1998, 5(45), s. 65-69;

34. Osińska Krystyna: *Twórcza obecność chorych*. Instytut Wydawniczy PAX 1980;

35. *Pacjent i lekarz. Jak się odnaleźć w okresie reform*. Materiały Sympozjum Oddziału Poznańskiego Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich z 27. XI. 1999 r. Wyd.: Fundacja Głos dla Życia, Poznań 1999.

Cytowane materiały:

a) Froska Jerzy, ks.: *Prawo chorego do prawdy*, s. 27 - 36;

b) aneks: *Karta praw pacjenta. Podstawowe unormowania prawne*, s. 83-88;

36. Pędich Wojciech: *Starość*, w: *Encyklopedia Zdrowia*. Red.: W.S. Gumułka i W. Rewerski, PWN, Warszawa 1995, wyd. III, s. 914- 931;

37. *Postępowanie zapobiegawcze i diagnostyczne w przypadku zakażenia HIV i zachorowania na AIDS*. Opr.: zespół specjalistów Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Red.: J. Głowaczewska, W. Haloty, J. Juszczyk. Krajowe Biuro Koordynacyjne ds. Zapobiegania AIDS, Warszawa 1997, wyd. II;

38. Raszeja Stefan, Nasiłowski Władysław, Markiewicz Jan: *Medycyna sądowa - podręcznik dla studentów*. PZWL, Warszawa 1993, wyd. II;

39. *Stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w Sprawie VIII Światowego Dnia Chorego, Warszawa. 2. II. 2000 r.* W: *Służba Życiu*, 2000, nr 3(10), s. 12;

40. Tagore Rabindranath: *Żałobne ptaki oraz inne opowiadania*. PIW, Warszawa 1961(nr 267, s. 135);

41. Vanier Jean: *Wspólnota miejscem radości i przebaczenia*. Editions Spotkania, Warszawa 1991;

42. *Wielki Słownik Medyczny*. Polska Akademia Nauk, Wydział Nauk Medycznych. PZWL, Warszawa 1996;

43. Willke John C: *Eutanazja za horyzontem*. W: *Służba Życiu*, 2000, nr 4(11), s. 10- 15;

44. Willke John C, Wertham Frederic, Cleaver Cathleen, Grant Edward, Rothe Mark: *Życie czy śmierć. Stare i nowe tajemnice eutanazji*. Human Life International - Europa, Gdańsk 2000;

45. *W trosce o życie — Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*. Wydawnictwo Diecezji Farnowskiej Biblos, Famów 1998;

46. Wyszyńska Małgorzata: *Postawy Polaków wobec eutanazji - badania opinii społecznej*. W: J.C. Willke i inni: *Życie czy śmierć. Stare i nowe tajemnice eutanazji*. Human Life International - Europa, Gdańsk 2000, s. 227-232;

47. *Zagłada chorych psychicznie w Polsce 1939 — 1945. Die Ermordung der Geisteskranken in Polen 1939 - 1945* (książka dwujęzyczna). Red.: Z. Jaroszewski, PWN, Warszawa 1993;

48. Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy: *Zalecenie 1418(1999)*1:

Ochrona praw człowieka i godności ludzkiej osób nieuleczalnie chorych i umierających, przyjęte na 24. posiedzeniu, w dniu 25. VI. 1999 r. (tekst polski i oryginalny-angielski). W: *Służba Życiu* 1999, nr 6/99, s. 22-25.

4. WYBRANE ZAGADNIENIA HIGIENY OGÓLNEJ WAŻNE W PRACY DUSZPASTERSKIEJ

Celem tego rozdziału nie jest streszczenie ogólnych zasad higieny. Na tę dziedzinę medycyny składają się takie zagadnienia, jak: higiena osobista w różnych okresach życia - w tym także higiena pracy, żywienia i mieszkania; profilaktyka chorób somatycznych i psychicznych (także uzależnień), higiena środowiska (powietrza, wody, gleby), higiena komunalna i szereg zagadnień pokrewnych. Ten bardzo ważny zespół spraw, istotnych dla zdrowia człowieka, dotyczy wszystkich ludzi, bez względu na zawód, tryb życia i wypełniane zadania społeczne. Cały zespół tych zagadnień jako całość nie odnosi się więc tylko do pracy duszpasterza. Wszystkim warto doradzać zdobycie pewnych podstawowych informacji z tego zakresu (3,4) i konsekwentnie korzystać z tej wiedzy w życiu codziennym.

W rozdziale tym natomiast zostaną zasygnalizowane tylko takie problemy z zakresu higieny ogólnej, które wyłaniają się właśnie w pracy duszpasterza.

4.1. Problemy higieny związane z udzielaniem Komunii św.

Refleksje dotyczące zachowania higieny nasuwają się tu przede wszystkim w związku z udzielaniem Komunii św. W Polsce przyjmowanie Komunii św. jest praktykowane wyłącznie bezpośrednio do ust przyjmującego i niemal wyłącznie pod postacią chleba.

Sprawa czystości rąk kapłana jest powszechnie przestrzegana i tak oczywista, że nie wymaga komentarza.

Problemem bywa natomiast przypadkowe dotknięcie ust lub języka osoby przyjmującej Komunię św. Wynika to nieraz stąd, iż wierni rozmaicie otwierają w tym momencie usta bądź różnie wysuwają język. Sprzyja wystąpieniu tej trudności wysoki wzrost osoby przyjmującej Komunię św. w postawie stojącej. Wydaje się, że lepiej jest wówczas podawać hostię ręką odwróconą, tj. ustawioną kciukiem ku dołowi, a palcem wskazującym ku górze. Najczęściej bowiem kapłani przekazują hostię w taki sposób, że kciuk jest odwrócony ku górze, a palec wskazujący ku dołowi.

Dotknięcie warg czy języka osoby komunikowanej może być okazją do przeniesienia jej śliny na usta innych komunikowanych. Toteż czasem zauważa się, że duchowni rozdzielający Komunię św. wycierają palec o ornat, komżę lub nawet ręczniczek (purifikator), trzymany łącznie z puszką komunikantów.

Ciekawym przykładem zachowania równowagi między roztropnym i nieprzesadnym zachowywaniem higieny a troską o niezubożenie znaków towarzyszących przekazywaniu Eucharystii są zalecenia dla „ministrów Eucharystii” (tj. świeckich szafarzy Eucharystii) w Kościele Katolickim w USA (1, 5). Otóż Komunię św. można przyjmować tam wprost do ust (co jest rzadziej praktykowane) albo na rękę, aby następnie przyjmujący Komunię św. wykonał samodzielnie gest przyjęcia posiłku. Ta druga praktyka jest w USA niemal powszechna, a motywem jej nie są zresztą względy higieniczne. Instrukcja dla ministrów Eucharystii (5) zaleca, aby w momencie przekazywania hostii nawiązywać z przyjmującym Komunię św. kontakt wzrokowy (podczas ukazywania hostii przed jej przekazaniem), kontakt słowny („Ciało Chrystusa” - The Body of Christ), ewentualnie z dodaniem imienia osoby przyjmującej (jeśli jest znane) oraz kontakt fizyczny przez dotknięcie dłoni przyjmującego, na której jest składana hostia. Instrukcja dla ministrów Eucharystii cytuje myśl Romano Guardiniego: „...ręka i twarz są w szczególnej mierze narzędziem i zwierciadłem duszy” (5, s. 28), a następnie rozwija tę myśl: „nawet ręce, które są stale zabrudzone (jak np. ręce mechanika) - są piękne: dowodzą one, że ślad pracy zarobkowej człowieka może być widoczny na rękach, tych rękach, które doznają zbawczego dotknięcia Pana Boga

i dotknięcia wyrażającego nasz szacunek” (5, s. 28). I dalej - jakby dyskutując z pedantami higieny - stwierdzają w wymienionej instrukcji: „*Możliwe byłoby składanie chleba na rękę w sposób bardziej «aseptyczny», ale z jakże wielką stratą dla wyrażenia ludzkiego i osobistego ciepła tego gestu*” (5, s. 28, tłum. własne).

A więc nawet Amerykanie, na ogół przejęci troską o zdrowie, zachowują rozsądny umiar w przestrzeganiu zasad higieny.

Przyjmowanie Komunii św. także pod postacią wina dotyczy w Polsce tylko koncelebransów, a rzadko i w nielicznych wypadkach korzystają z tego świeccy, np. nowożeńcy podczas ślubnej Mszy świętej. W Kościele katolickim w USA jest to w czasie Mszy świętych niedzielnych praktyka niemal powszechna, przy czym techniczna realizacja przyjęcia Krwi Pana Jezusa polega albo na wypiciu małego łyku konsekrowanego wina z kielicha podanego przez ministra Eucharystii (który każdorazowo wyciera brzeg kielicha i obraca go okrężnie), albo też komunikujący zanurza w konsekrowanym winie otrzymany przed chwilą komunikant, aby następnie spożyć łącznie chleb i wino. Dlatego też rozdzielający Komunię św. ministrowie Eucharystii stoją w pobliżu siebie parami: jeden z komunikantami, a drugi z kielichem konsekrowanego wina.

Z tego rodzaju praktyką są nawet związane określone urządzenia higieniczne. Mianowicie w zakrystii bądź w pomieszczeniu przyległym znajdują się dwie umywalki: jedna zwykła, dla umożliwienia ministrowi Eucharystii umycia rąk, a druga - z odpływem nie do kanalizacji, ale bezpośrednio do ziemi, tzw. *sacrarium* (5, s. 34) - przeznaczona do mycia kielichów (zwykle kilku po każdej Mszy św. niedzielnej).

Informacje dotyczące rozdzielania Komunii św. w USA i związanych z tym problemów higieny zaczerpnął autor nie tylko z piśmiennictwa (1, 5), ale z własnej praktyki i osobistych kontaktów, kiedy w latach 1986-87 w parafii św. Anny w Rochester N.Y. pełniliśmy wraz z małżonką obowiązki ministrów Eucharystii, co było poprzedzone odbyciem odpowiedniego kursu oraz uroczystym otrzymaniem zezwolenia w formie dyplomu od miejscowego Biskupa Ordynariusza.

Powyższe uwagi, nawiązujące do sposobów i zwyczajów roz-

dzielania Komunii św. w USA (przyjmowanie Komunii św. na rękę, pod dwiema postaciami, z licznym udziałem świeckich szafarzy Eucharystii), nie zmierzają do reklamowania tego stylu życia sakramentalnego jako zdecydowanie lepszego niż w naszym Kościele w Polsce. Można nawet żywić obawy, czy taki styl zbytnej familiarności fizycznej wobec tego, co uważamy za najświętsze, nie osłabia poczucia świętości i poczucia respektu wobec darów Eucharystycznych. Na ten temat dyskutują nie tylko Europejczycy, ale czasem i Amerykanie (jak wynika z osobistych kontaktów autora).

Zupełnie nie zubaża naszego życia religijnego fakt, że przyjmujemy Komunię św. do ust, a nie na rękę, tylko pod postacią chleba (a wyjątkowo także — wina) i że jest u nas — w kraju tak bogatym w kapłanów (w porównaniu z USA) — znacznie mniej świeckich szafarzy Eucharystii.

Relacja na temat amerykańskiego stylu życia sakramentalnego jest okazją do przedstawienia i podkreślenia pewnych problemów higienicznych związanych z rozdzielaniem Komunii św.

4.2. Zachowanie higieny przy spowiadaniu w konfesjonale

Drugą okolicznością pracy duszpasterza, wiążącą się z problemami zachowania higieny, jest spowiadanie wiernych w konfesjonale. Fizycznie biorąc nie jest to zwykła rozmowa, jaką prowadzą dwie osoby siedzące przy stole. W życiu codziennym nie dochodzi - praktycznie biorąc - do takiego zbliżenia głów osób rozmawiających, jak to ma miejsce przy spowiedzi między spowiednikiem a spowiadającym się: usta przy ustach, ucho przy uchu. Stąd pochodzi określenie: „spowiedź uszna”. Okoliczność ta może być źródłem określonej szkodliwości dla zdrowia. Umożliwia mianowicie przekazywanie infekcji kropelkowej. Drogą kropelkową są przenoszone infekcje z dróg oddechowych, a więc choroby typu „przeziębieniowego” (grypowego).

Oczywistą przesadą byłoby twierdzenie, iż szkodliwość ta jest powszechnym zagrożeniem, a więc zawsze i wszędzie.

Należy się liczyć z możliwością jej wystąpienia wówczas, gdy kapłan bądź penitent wykazuje objawy tego rodzaju infekcji (nieżyt nosa, kichanie, chrypka, kaszel), a szczególnie w sezonach częstszego występowania takich zakażeń (w okresach epidemii grypowych).

Często obserwowanym i raczej skutecznym sposobem zapobiegania przekazywaniu infekcji kropelkowych w konfesjonale jest pokrycie jego kratki cienką folią (okresowo wymienianą), która nie stanowi bariery akustycznej.

4.3. Wskazówki higieniczne dla kontaktujących się z chorymi zakaźnie

Trzeci krąg zagadnień pracy duszpasterskiej, z którym wiążą się problemy higieny, to sprawa kontaktu z chorymi zakaźnie.

„Chorzy zakaźnie” i „choroby zakaźne” to terminy bardzo ogólne i mało precyzyjne.

Istnieje bardzo wiele rodzajów flory bakteryjnej, wiele rodzajów wirusów, pasożytów i grzybów. Te różne drobnoustroje czy inne organizmy biologiczne mogą być przyczyną bardzo rozmaitych chorób, mających różne konsekwencje dla samych chorych, a także wykazujących różny stopień zagrożenia dla innych osób - czasem znaczny, czasem minimalny.

Nie miejsce tu na przedstawianie klasyfikacji drobnoustrojów chorobotwórczych ani na charakterystykę kliniczną chorób zakaźnych czy omówienie ich epidemiologii. Chodzi tu raczej o przedstawienie ogólnego poglądu i sposobów obrony przed zakażeniem się, przed przeniesieniem infekcji i - ewentualnie - przed przekazaniem np. własnego zakażenia wirusowego górnych dróg oddechowych (częste i tzw. banalne infekcje „przeziębieniowe”) choremu i tak już dotkniętemu inną chorobą.

Podstawowym zabiegiem higienicznym przed i po kontaktach z chorymi winno być umycie rąk wodą z mydłem i ewentualne dokładne przetarcie ich watą nasączoną obficie 70-80% spirytusem, gdyż w tym stężeniu alkohol etylowy jest najbardziej bakteriobójczy, bardziej niż alkohol „czysty”, 95%, np. denaturowany.

Dodając dwie łyżki stołowe czystej wody do 100 ml alkoholu 95% (= ok. pół szklanki) osiągamy roztwór alkoholu około 73%, a więc w stężeniu najodpowiedniejszym do dezynfekcji rąk i różnych powierzchni. Spirytus salicylowy jest słabym środkiem odkażającym, gdyż zawiera tylko około 51% alkoholu etylowego.

Spotykany czasem pogląd, jakoby napicie się alkoholu w celu - jak to się mówi - „dezynfekcji organizmu” może bronić ustrój przed jakimkolwiek zakażeniem jest zupełnie absurdalny; stężenie alkoholu w ustroju, które byłoby skuteczne przeciwbakteryjnie, musiałoby być wielokrotnie wyższe od takiego, które jest śmiertelne dla człowieka (sto kilkadziesiąt razy wyższe!) A więc zanim zginęłyby bakterie, znacznie wcześniej zginąłby zakażony nimi człowiek, „dezynfekowany” w ten sposób.

Podobnie absurdalny pogląd przypisuje alkoholowi walory zapobiegawcze czy lecznicze w stanach narażenia na przechłódzenie i zmarznięcie. W warunkach pozostawania na mrozie spożycie większej ilości alkoholu może być niebezpieczne, a nawet groźne dla życia, gdyż rozszerzając naczynia krwionośne alkohol daje wprowadzić złudne uczucie ciepła, ale jednocześnie zwiększa utratę ciepła, co może sprzyjać powstaniu odmrożeń, a w stanie upojenia alkoholowego - nawet zamarznięciu. Każdej zimy zdarzają się takie tragedie.

Żadnym natomiast niebezpieczeństwem nie grozi spożycie umiarkowanej ilości alkoholu po przemarznięciu, właśnie dla osiągnięcia uczucia ciepła (choć złudnego) przez osobę pozostającą w ciepłym pomieszczeniu (w żadnym razie na dworze, przy mroźnej temperaturze!).

Wracając do prostych zabiegów higienicznych, zapobiegających szerzeniu się infekcji górnych dróg oddechowych, a więc zapobiegających zarówno własnemu narażeniu na infekcję, jak i ich przekazywaniu, należy wskazać na celowość płukania ust i gardła środka-

mi dezynfekcyjnymi, jak np. wodą z obfitym dodatkiem tzw. wody utlenionej.

W szpitalach i oddziałach zakaźnych mogą być zalecane, a nawet obowiązujące różne inne specjalistyczne zabiegi i metody higieniczne, o których informuje personel szpitalny. Na terenie takich oddziałów może również obowiązywać noszenie odzieży ochronnej, nie wynoszonej poza teren oddziału. Są to zwykle fartuchy, ale stały duszpasterz mógłby może korzystać ze specjalnej, pozostającej na oddziale alby lub komży.

Coraz więcej szpitali, nie tylko zakaźnych, wprowadza dla osób przychodzących z zewnątrz obowiązek zakładania ochraniaczy (jednorazowego użytku) na obuwiu.

Bibliografia do Rozdziału 4

1. „*Administration of Communion to the sick by an extraordinary minister*” (The Roman Ritual: Holy Communion and Worship of the Eucharist outside Mass). United States Catholic Conference, Washington D.C 1983;
2. Guardini Romano: „*Znaki święte*”. Wydawnictwo Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej, Wrocław 1991;
3. „*Higiena człowieka*”. Red.: J.T. Marcinkowski. Akademia Medyczna w Poznaniu, Poznań 1995;
4. Korczak Cezary Włodzimierz: „*Higiena. Podręcznik dla szkół medycznych*”. PZWL, Warszawa 1998 (na s. 270 - wykazy poradni: Zdrowia Psychicznego, Odwykowych, dla chorych na AIDS oraz wykaz telefonów zaufania);
5. Kwatera Michael O.S.B.: „*The ministry of Communion*”. The Liturgical Press, Collegeville Minnesota 1983;
6. Tadeusiak Barbara, Janowska Joanna, Zarzycka Ewa: „*Preparaty dezynfekcyjne przeznaczone do stosowania w Zakładach Opieki Zdrowotnej*”. Wydawnictwo Metodyczne Państwowego Zakładu Higieny, Warszawa 1998.

5. LUDZKA PŁCIOWOŚĆ - JEJ SENS I REALIZACJA

5.1. Zróżnicowanie płciowe człowieka

„Stworzył więc Bóg człowieka na swój obraz, na obraz Boga go stworzył: stworzył mężczyznę i niewiastę”.

RDZ 1, 27

W powodzi bardzo licznych obecnie dyskusji i publikacji dotyczących sfery ludzkiej płciowości (sprawy: zachowań seksualnych młodzieży i dorosłych, metod regulacji poczęć, pornografii itp.), zwłaszcza gdy w polemikach tych ściera się nieograniczony liberalizm w podejściu do tych spraw ze stanowiskiem Kościoła, postulującym odpowiedzialność i panowanie nad sferą seksu - dochodzi często do nieprawidłowych, podświadomych odczuć, jakoby płciowość była z natury czymś zdrożnym, zasługującym na to, aby ją możliwie ograniczyć czy eliminować. Wynika to ze skojarzenia spraw płciowości z krzykliwą propagandą jej niczym nie skrępowanego używania i nadużywania, niejako wyrazu wyłącznej miłości małżeńskiej, ale tylko dla fizycznego zadowolenia.

Do tego dochodzi jeszcze fakt, iż czyste przeżywanie płciowości - nierzadkie zresztą wśród ludzi - nie może być tak krzykliwe, „reklamarsko” i łatwo (bo prymitywnie) propagowane, a poza tym życie czyste wymaga niewątpliwie opanowania. Nie ma chyba również wątpliwości, że styl czystego życia (w małżeństwie jest to styl respektowania biologicznego rytmu płodności i niepłodności w cyklu) za mało jest propagowany przez tych, którzy tym stylem żyją. Jest to duże zaniedbanie chrześcijan.

W każdym razie myśląc i mówiąc o tych sprawach trzeba strząsnąć z siebie ten szkodliwy, manichejski „osad psychologiczny”, ja-

kim jest uważanie sfery płciowości za coś z natury złego. Płciowość nie jest tworem szatana, ale dziełem Boga (9, 31, 47, 59), co jasno wynika z przytoczonego na wstępie cytatu z księgi Genezis.

Pojęcie płci oznacza zespół cech umożliwiających rozrodczość, a więc wspólne poczęcie przez osoby płci męskiej i żeńskiej nowego człowieka i urodzenie go. Pierwszorzędowe cechy płciowe - to gruczoły płciowe produkujące komórki rozrodcze i hormony płciowe, drugorzędowe cechy — to narządy płciowe, umożliwiające współżycie seksualne; trzeciorzędowe cechy płciowe odróżniają mężczyznę i kobietę pod względem ogólnego wyglądu i zarysów ciała, rozmieszczenia tłuszczowej tkanki podskórnej, rozwoju gruczołów mlecznych u kobiety, rozmieszczenia uwłosienia, barwy głosu i innych. Niemniej istotne i wyraźne różnice dotyczą psychicznych cech mężczyzny i kobiety. Trzeba podkreślić, że zróżnicowanie płciowe mężczyzny i kobiety dotyczy całego organizmu psychofizycznego i każdej komórki ciała, i to bez względu na stan, w jakim człowiek żyje - czy realizuje swoją płciowość w małżeństwie, czy zachowuje pełną abstynencję seksualną jako celibatariusz. W każdym stanie seksualność (a więc fakt bycia mężczyzną lub kobietą) jest jednym z wyznaczników osobowości.

5.2. Prawidłowy rozwój ludzkiej płciowości i jego zagrożenia

Poczucie własnej płciowości pojawia się i rozwija z wiekiem. Płciowość ludzka i jej przeżywanie jest zjawiskiem bardzo złożonym i ogarniającym całego człowieka, wszystkie warstwy jego życia fizycznego, psychicznego i duchowego. W tym człowiek różni się zasadniczo od zwierzęcia, które niejako automatycznie i na potrzeby zachowania gatunku odczuwa i realizuje swój popęd seksualny. U człowieka przeżywanie tej sfery jest o wiele bogatsze i bardziej złożone przez udział duchowości, miłości oblubieńczej, miłości

ści do dziecka oraz przeżywanie wierności i trwałości związku osobowego i rodzinnego.

W przypadku świadomego przeżywania sakramentalności małżeństwa istnieje ponadto wielka szansa włączenia w ten krąg sakramentalnego przeżywania także tego wszystkiego, co łączy kochających się małżonków, a więc i ich współżycia seksualnego (myśli te będą kontynuowane w rozdziale dotyczącym czystości). Jest to obraz pełnej psychofizycznej i duchowej dojrzałości w przeżywaniu tej sfery życia. A jak dochodzi do tej dojrzałości i jakie są zagrożenia na poszczególnych etapach tego rozwoju?

Należy tu wskazać na kilka faz dojrzewania płciowości, które trudno jest odnieść do jakichś ścisłych ram wiekowych, stąd podane tu przedziały wieku dzieci i młodzieży są tylko orientacyjne.

Pierwsza faza - to okres dziecięcy do około 10. - 11. roku życia, a w każdym razie przed okresem dojrzewania. Jest to okres zainteresowań - można by powiedzieć — intelektualnych, a więc chęci zdobycia informacji np. na temat przysłowiowego pytania „skąd się biorą dzieci?” czy „jaka jest różnica pomiędzy chłopcem a dziewczynką albo mężczyzną i kobietą?”, „jakie zachodzą między nimi związki, co oznacza, że się całują i kochają?” Jest to okres poprzedzający proces dojrzewania płciowego, kiedy dzieci nie doznają jeszcze przeżyć emocjonalnych ani doznań zmysłowych związanych z tą dziedziną, choć mogą już zacząć się ich domyślać. Pytania stawiane przez dzieci bądź nie zwerbalizowane przez nie oznaki ich zainteresowania w tym kierunku są znakomitą okazją do uświadamiania dzieci, czy to przez przekazanie im ad hoc krótkiej i konkretnej informacji, czy też przez dłuższą rozmowę. Dorośli często zaniedbują te okazje do uświadamiania dzieci, co ma różne i wielorakie przyczyny: lęk przed podjęciem „tak wielkiego tematu”, poczucie nieumiejętności odpowiedniego (do poziomu dziecka) przedstawienia tych spraw, lęk przed zetknięciem dziecka ze sprawami, z którymi kojarzy się czasem wiele zła, wreszcie - wspomniane już wyżej niefortunne i szkodliwe poczucie „nieczystości” sfery seksualnej, co czasem (choć nie zawsze) bywa następstwem własnego nieczystego sumienia pod tym względem. Wśród dorosłych bardzo często

brak jest spokojnego, naturalnego i pozbawionego obaw i kompleksów podejścia do tych problemów w kontakcie z dziećmi. Niezwykle cenną pomocą mogą służyć ciekawe, ilustrowane i opracowane odrębnie dla różnych grup wiekowych odpowiednie wydawnictwa (70, 72).

W tej pierwszej fazie rozwoju płciowości dziecka, która wyraża się tylko (lub niemal tylko) głodem informacji, zagrożeniem dla prawidłowego rozwoju może być brutalny przekaz przy użyciu wulgarnego i cynicznego słownictwa, a dramatycznie niebezpieczne może być w tym okresie uwiedzenie.

Następna faza, poprzedzająca jeszcze proces dojrzewania płciowego, jest związana z rozbudzeniem sfery emocjonalnej. Może to polegać na pragnieniu doznawania przeżyć uczuciowych, związanych - niekiedy nawet platonicznie - z osobą znaną (nauczycielką, koleżanką), bądź z kimś nieznanym, ale będącym obiektem wielkiej fascynacji (bohaterem filmu, powieści). Tym emocjonalnym przeżyciom nie towarzyszą jeszcze doznania cielesne, zmysłowe.

Trzecia faza wiąże się ściśle z procesem dojrzewania płciowego uwarunkowanego rozpoczynającą się w tym czasie „bujną” produkcją hormonów przez przysadkę mózgową i gruczoły płciowe (między 12. - 15. rokiem życia). Ta faza rozwoju przebiega zwykle inaczej u chłopców i u dziewcząt.

Chłopcy zaczynają odczuwać pobudzenie seksualne, oderwane od przeżycia uczuciowego i nawet nie w związku z zakochaniem się. Źródłem tych pobudzeń mogą być odbierane słownie, obrazowo lub poprzez bezpośredni kontakt przekazy, z którymi chłopiec wiąże bezpośrednio lub pośrednio treści seksualne. Mogą to być rozmowy, lektura różnych tekstów, oglądanie różnych obrazów, a nawet dzieł sztuki; filmy, reklamy, bezpośrednio - choćby tylko towarzyskie - kontakty, własne wyobrażenia i fantazje, nie mówiąc o dobrowolnym odbiorze pornografii, która w sposób gwałtowny i najczęściej niewybredny zmierza wprost do wznecania i potęgowania specyficznych pobudzeń seksualnych. Zdarza się, że chłopiec, nawet nie poszukujący w danym momencie tychże podnieć seksualnych, doprowadza się w stanie znacznego - nawet nie zamierzonego - pobudzenia do rozła-

dowania go przez masturbację. Czasem dochodzi do tego mimo jego woli, zwłaszcza we śnie, co wiąże się niekiedy ze snami o treści erotycznej. Sporadycznie zdarzające się masturbacje i mimowolne polucje nie muszą doprowadzić do utrwalenia się tych praktyk autoerotycznych, chociaż takie niebezpieczeństwo istnieje. Te pobudzenia seksualne u chłopców bardzo często nie mają związku z przeżywaniem sympatii czy miłości do dziewczyny. Czasem nawet dziewczyna, która jest przedmiotem jego sympatii, nie musi być jednocześnie źródłem pobudzenia seksualnego. Zwłaszcza u chłopców charakterystyczna jest zatem w tym właśnie okresie dwutorowość doznań: pragnienie zmysłowe może być oderwane od przeżycia uczuciowego.

U dziewcząt zasadniczym objawem dojrzłości płciowej jest występowanie krwawień miesięcznych (menstruacji, miesiączki), z czym nie wiążą się żadne doznania seksualne. Dziewczęta zdają sobie oczywiście sprawę z tego, że przeżywanie seksualne dostarcza wielkiej - również fizycznej - przyjemności, ale w pełni doznają tego dopiero, kiedy rozpoczną współżycie seksualne. Masturbacja, polegająca na celowym drażnieniu zewnętrznych narządów płciowych, zdarza się u dziewcząt rzadziej niż u chłopców. Dziewczęta natomiast przeżywają bardzo często w tym okresie dojrzewania stany dużego pobudzenia emocjonalnego, przejawiającego się tęsknotą za wielką miłością, a nierzadko kierują to uczucie do nauczycielek, konkretnych rówieśników - dziewcząt czy chłopców - nie zawsze z wzajemnością i nie zawsze trwale.

Młodzieńczy okres dojrzewania płciowego - z punktu widzenia rozwoju ludzkiej płciowości, a więc i rozwoju całego człowieka - jest okresem niekiedy burzliwych przeżyć, często - okresem wielkich odkryć w sobie, w innych i w świecie, a zawsze powinien być etapem osiągania dojrzłości. Okresu młodzieńczego nie można scharakteryzować w sposób statyczny, przypisując mu pewne ustabilizowane cechy. Młodość nie - „jest”, młodość „dzieje się i zmienia”. Przemiany te nie zawsze dokonują się harmonijnie. Zdarzają się przecież ludzie w pełni dojrzały np. w funkcjonowaniu zawodowym, a jednocześnie zupełnie niedojrzały moralnie.

Na czym więc ma polegać rozgrywanie się w okresie młodzień-

czym dojrzewanie płciowości na tle dojrzewania całej osobowości?

Jaki jest punkt wyjścia (w dzieciństwie i wczesnej młodości) i do czego zmierzamy dla osiągnięcia pełnej dojrzałości? Jest to droga:

- od dziecięcego egoizmu - do liczenia się z drugim człowiekiem;
- od egocentryzmu własnych, prymitywnych doznań - do wyjścia poza ich sferę, w kierunku drugiego człowieka;
- od żywiołowości własnych doznań seksualnych - do zdolności świadomego uwzględniania we własnych zachowaniach określonych racji i wartości;
- od niefrasobliwości w traktowaniu koleżanki czy kolegi - do poczucia odpowiedzialności za nią czy za niego;
- od skłonności do zauważania u osoby płci odmiennej głównie oznak jej płciowości - do zainteresowania całą jej osobowością;
- od dominacji doznań seksualnych - do dominacji uczucia wyłączonej miłości, której jednym z przejawów w małżeństwie jest wspólne przeżycie seksualne i której pełnym ucieleśnieniem jest wspólnota życia w małżeństwie otwarta na zrodzenie dzieci.

Istnieją i stale pojawiają się nowe, bardzo ciekawe i przydatne publikacje dotyczące tego młodzieńczego okresu rozwoju człowieka (30, 32, 33, 55,68).

Zasadniczym zagrożeniem pełnego rozwoju ludzkiej płciowości jest podejmowanie życia seksualnego w okresie młodzieńczym tylko dla własnego zadowolenia, a więc z motywacji prymitywnych, kiedy przeżycie seksualne nie będąc wyrazem wyłączonej, trwałej i wiernej miłości jest traktowane jako rozrywka, zabawa, czy forma kontaktu towarzyskiego, kiedy skłaniający do współżycia (częściej jest to mężczyzna) nie liczy się z osobą partnerki, traktuje ją czysto instrumentalnie, koncentruje uwagę na własnym doznaniu fizycznym. Jest to wyrazem wielkiej niedojrzałości (protoseksualizmu).

Przyczynami takiego postępowania bywają: brak odniesienia do systemu wartości, szkodliwe wpływy środowiskowe propagowane na skalę społeczną, negatywne oddziaływanie środków masowego przekazu (przede wszystkim telewizji), lansujących nieodpowiedzialny styl życia seksualnego, oderwanego od miłości. Przyczynami tego bywają też: nadużywanie alkoholu, a niekiedy frustracja i poczucie

bezsensu życia, mogące prowadzić w równym stopniu do toksykomanii, jak i do nadużyć w sferze seksualnej.

Czasem - zwłaszcza u dziewcząt - podejmowanie kontaktów seksualnych ma swe źródło w ambicji dorównania rówieśnikom (koleżankom) w posiadaniu partnera seksualnego; tak rozumującym dziewczętom wydaje się czymś odbiegającym jakoby od „normy społecznej”, czymś, co odbiera im poczucie wartości i wobec tego powoduje frustrację. Jest to bardzo szkodliwy i smutny efekt konformizmu wobec otoczenia pozbawionego „pionu moralnego”.

Szkodliwe następstwa podejmowania przedmałżeńskiego współżycia przez młodzież są dobrze znane. Z kolejności omówienia tych następstw nie należy wnioskować, które z nich są groźniejsze.

Pierwszym i chyba powszechnym następstwem jest uprzedmiotowienie seksualności - oderwanie jej od miłości. Gdy przeżycie seksualne jest tylko zabawą czy niemal załatwieniem fizjologicznej potrzeby, rodzi się bezuczuciowy stosunek do życia seksualnego.

Przelotność tych związków, a więc następujące po tym - nieraz zupełnie przygodnym zdarzeniu - rozstanie rodzi frustrację, cynizm i niewiarę w możliwość trwałej i wiernej miłości, na której można by się oprzeć w życiu i doznać szczęścia. Rodzą się fałszywe wnioski, że „nie ma prawdziwej miłości”, „im tylko na tym zależy”, „oni (one) wszyscy są tacy” (syndrom porzucenia, odrzucenia).

Przedwczesne podjęcie stosunków seksualnych może stać się na zasadzie „pierwszych połączeń” źródłem utrwalenia się niedojrzałego stylu zachowania i pewnego stereotypu odruchowo-warunkowego, który w później zawartym małżeństwie może utrudniać przeżywanie kontaktu seksualnego jako wyrazu dojrzałej i wyłączonej miłości.

Nierzadko obserwuje się, że małżeństwa zawierają ludzie niedojrzali, którzy niejako zdradzili się już przed małżeństwem przez nieodpowiednie przeżywanie płciowości.

W skrajnych przypadkach podejmowania przedmałżeńskich kontaktów seksualnych w wieku młodzieńczym może dojść do różnych groźnych wypaczeń w tej sferze, aż do wejścia na drogę prostytucji w sensie bądź to czynnego jej uprawiania, bądź też korzystania z tego „rynku usług”.

Realnym zagrożeniem, jakie pociąga za sobą taki styl życia, jest możliwość zakażeń przenoszonych drogą płciową, w tym najgroźniejszego obecnie zakażenia wirusem HIV, który może być przyczyną groźnej choroby AIDS.

Przypadkowym następstwem przelotnych kontaktów seksualnych bywa poczęcie dziecka. Jest to odrębne, szerokie zagadnienie, pociągające za sobą wiele konsekwencji praktycznych, jak: groźba decyzji zabicia dziecka przed urodzeniem, a w razie uszanowania tego życia i urodzenia dziecka - zagrożenie trudami samotnego macierzyństwa i niekompletnej rodziny, bez męża i ojca.

Oczywiście nie wszystkie te złe następstwa dotyczą każdego. Nie ma również sytuacji beznadziejnych. Z każdej z tych opresji, przy odpowiednim wysiłku psychicznym i duchowym, można się wyzwolić i wejść na drogę odpowiedzialnego życia.

A odpowiedzialne życie wymaga — w okresie dojrzewania - pewnego dystansu we wzajemnej komunikacji obu płci, szacunku dla wzajemnej integralności i poczucia, iż nie mamy pełnego (nieograniczonego) prawa do drugiego człowieka. A może on (ona) będzie w przyszłości mężem (żoną) innego (innej)?

Dochodzimy do ostatniej fazy rozwoju naszej płciowości, a więc do pełnej dojrzałości. Na czym ta dojrzałość ma polegać? Po pierwsze na tym, iż jest ona pochodną i wyrazem naszego generalnego stosunku do życia, do systemu wyznawanych wartości i do innych ludzi.

Płciowość przeżywana w małżeństwie jest pochodną i wyrazem wzajemnej i wiernej miłości, i jest jej podporządkowana. Prawidłowy rozwój płciowości ludzkiej wymaga miłości, wyłączności i stabilizacji nie tylko ogólnozyciowej (zawód, praca, warunki życia), ale i emocjonalnej, a to jest możliwe do zrealizowania tylko w małżeństwie. Dojrzałość ludzkiej płciowości w małżeństwie jest ukierunkowana ku kochanej osobie. Dwa tory: miłości i pociągu seksualnego są ze sobą scalone, zintegrowane.

Ta dojrzałość - jak dojrzałość w każdej dziedzinie życia - nie pojawia się nagle, ale jest owocem starań i - nazwijmy to po imieniu - pracy nad sobą przez cały okres młodości, nie wyłączając okresu narzeczeństwa. Temu właśnie okresowi, bezpośrednio poprzedzają-

cemu rozpoczęcie wspólnoty małżeńskiej, warto poświęcić szczególną uwagę, i to właśnie w aspekcie rozwoju ludzkiej płciowości. Często stawiane jest — w odniesieniu do okresu narzeczeństwa i do nauki Kościoła - podstawowe pytanie i wątpliwość: dlaczego w tym okresie, a więc w przededniu zawarcia małżeństwa, w warunkach pewności co do decyzji wspólnego życia (co przysięga małżeńska tylko potwierdza), Kościół zaleca wstrzemięźliwość do chwili ślubu? Pozostawiając chwilowo na boku postulaty moralności chrześcijańskiej i nauki Kościoła, warto wskazać motywy naturalne, można by powiedzieć - laickie.

Po pierwsze: narzeczonemu przysługuje jedno wielkie uprawnienie i przywilej; otóż narzeczeni „mają prawo nie mieć do siebie prawa”. Oznacza to, że do chwili złożenia przysięgi małżeńskiej - wspólna myśl, bo z miłości — nie stwarzają faktów, które stanowiłyby czynnik nacisku czy przymusu zawarcia małżeństwa. Ich przysięga małżeńska będzie w tych warunkach w pełni wolnym oddaniem się sobie nawzajem, bez żadnych nacisków czy warunków wstępnych.

Po drugie: przez rozpoczęcie współżycia seksualnego przed ślubem narzeczeni pozbawiają się radości kompletnie nowego przeżycia, jakie do ich wspólnoty wnosi małżeństwo. Współżycie seksualne rozpoczęte przed ślubem, po ślubie nie jest już nowością.

Trzeba by również odnieść się do postulowanej czasem celowości „sprawdzenia się” przed ślubem, dla wykluczenia ewentualnego niedobrania. W sugestii tej kryje się niezwykle dużo nieporozumień i fałszu. Właściwie wszyscy są w pewnym sensie „niedobrani”, bo wszyscy różnią się temperamentem, sposobem reagowania, wrażliwością, zainteresowaniami i mnóstwem innych cech. To naturalne i powszechne „niedobranie” bywa przyczyną rozpadu, jeśli zabraknie miłości, akceptującej kochanego człowieka z całą jego odmiennością. Pięknie i mądrze wyraziła to Wisława Szymborska w zakończeniu wiersza „Nic dwa razy”:

*„Uśmiechnięci, wpółobjęci
spróbujemy szukać zgody,
choć różnimy się od siebie
jak dwie krople czystej wody” (60).*

Poza tym wiadomo, że pierwsze stosunki seksualne mogą być odczuwane jako nieudane. Zwłaszcza kobieta nie od razu odczuwa pełnię satysfakcji. Tych przeżyć też czasem trzeba się „nauczyć”, poznać wzajemnie swoją wrażliwość i „odruchowość”. Ale to można osiągnąć dopiero w życiu małżeńskim i przedwczesne „próbowanie się” przed ślubem może doprowadzić do błędnych wniosków i nie tylko zrodzić rozczarowanie do siebie nawzajem, ale w ogóle zachwiać nadzieję na możliwość osiągnięcia harmonii w małżeństwie. Życie przekonuje niejednokrotnie, że jeśli dla narzeczonych - a i później dla małżonków - najważniejszą sprawą w ich związku jest „seks”, a nie miłość (której jednym z wyrazów jest wspólne przeżycie seksualne), to jest to bardzo niebezpieczne dla trwałości małżeństwa.

Sprawdzanie się przed ślubem pod względem seksualności, tak jak przymierza się buty (czy pasują?), bywa najczęściej wyrazem uprzedmiotowienia płciowości i traktowaniem drugiego człowieka, miłego nam i kochanego, niejako osoby, ale przede wszystkim jako narzędzia osiągnięcia fizycznego zadowolenia.

Powyższe uwagi, przemawiające za tym, że warto jest nie rozpocząć przed ślubem współżycia seksualnego, nawet w okresie narzeczeńskim, nie nawiązuje wprost do sprawy sakramentalności małżeństwa. Uwagi te mogą być tematem „oferty życiowej” nawet z laickiego punktu widzenia.

Bardzo ciekawym tego przykładem jest powstała w USA na początku lat dziewięćdziesiątych wielka krucjata wstrzeźliwości do czasu zawarcia małżeństwa (pod nazwą „Prawdziwa miłość”), do której zobowiązują się i którą propagują obecnie już setki tysięcy młodych ludzi różnych wyznań chrześcijańskich (26, 73).

Nauka Kościoła niepomnie wzbogaca tę motywację stylu czyściwości przedmałżeńskiej. I chociaż zadaniem medycyny pastoralnej nie jest kopiowanie argumentów teologicznych, to jednak trzeba zdawać sobie sprawę z tego, iż w odniesieniu do przeżycia seksualnego jako wyrazu wyłącznej miłości, a więc w odniesieniu do tego fenomenu, który ogarnia całego człowieka, całą jego substancjalną jedność cielesno-psychiczno-duchową - nie sposób nie odnieść się do

najwyższych wartości religijnych. W tak delikatnej i złożonej materii nie da się pozostać na gruncie argumentacji laickiej, pozaświatopoglądowej.

Nie można zaniedbać odniesienia sprawy czystego przeżycia narzeczeństwa do sakramentalności oczekiwanego małżeństwa. Warto tu posłużyć się takim przykładem. Otóż gdyby diakon, przygotowany do przyjęcia w najbliższych dniach święceń kapłańskich, odprawił Mszę świętą, to nie będzie to Msza święta, ale oszustwo, a chleb i wino użyte do tej ceremonii nie staną się Ciałem ani Krwią Chrystusa. Jeśli natomiast Mszę świętą odprawi wczorajszy jeszcze diakon, ale dziś już kapłan po otrzymaniu sakramentu kapłaństwa, to będzie to w pełni Msza święta, ze wszystkimi jej nadprzyrodzonymi skutkami. Człowiek niewierzący mógłby tu wytknąć czysty formalizm, zgodnie z którym wypowiedzenie przez biskupa jakichś słów i wykonanie nad diakonem jakichś gestów miałyby jakoby skutkować nadzwyczajnymi następstwami. Wierzący wie jednak, iż te słowa i gesty są znakami łaski sakramentalnej i znakami przekazania charyzmatu kapłaństwa. Podobnie ma się rzecz z sakramentem małżeństwa. Ceremonia jego zawarcia nie jest tylko formalnością, ale (choć to pozostaje tajemnicą) znakiem łaski sakramentalnej, znakiem przekazania charyzmatu małżeństwa i od tego dopiero momentu wszystko, co łączy tych dwoje kochających się ludzi, jest pokonsekrowane, jest „ważne” - w jakimś bardzo głębokim sensie tego słowa.

I jeszcze jedna uwaga odnosząca się do przyrodzonego i nadprzyrodzonego porządku rzeczy. Otóż narzeczeństwo przeżyte w czystości jest znakomitą przygotowaniem do tego stylu życia, jakim jest naturalne planowanie poczęć w małżeństwie, wymagające przecież od małżonków okresowego powstrzymywania się od współżycia (p. str. 221), a więc wymaga sprawności w kierowaniu własną płciowością.

Wreszcie dochodzi do małżeństwa. To „wreszcie” wydaje się sugerować, że dwoje kochających się ludzi dobiegło do celu i od momentu zawarcia ślubu wszystko - w tym również ich współżycie seksualne - potoczy się i będzie się rozwijać niejako spontanicznie. Jest to wielkie złudzenie. Moment zawarcia małżeństwa nie jest żadną

meta, do której się dobiegło; jest nową linią startową. Dalszy rozwój wspólnoty małżeńskiej wymaga nadal świadomego starania.

Czasami wczesne kryzysy (bądź nawet rozpad małżeństwa) bywają spowodowane rzekomo nieudanymi pierwszymi kontaktami seksualnymi. Jak już wyżej wspomniano, niesłuszne jest pośpieszne wyciąganie z tego wniosku o rzekomym niedobraniu. Dobrego przeżywania wzajemnego zbliżenia trzeba się czasem dopiero nauczyć z miłością, cierpliwością i poczuciem humoru.

Jeśli młodzi małżonkowie naprawdę się kochają, to znaczy jeśli zależy im przede wszystkim na „jej” i „jego” szczęściu i rozwoju, to można być zupełnie spokojnym o to, iż osiągną pełnię satysfakcji również w miłosnym zjednoczeniu i że stworzą taki stan wspólnoty, iż zarówno otoczenie, jak i oni sami nie będą mieli wątpliwości, że są naprawdę dobrani. Reasumując: „dobrani czy niedobrani” - to zależy od samych małżonków, a nie od jakiegoś „fatum”.

Przyczyną niezadowolenia w tej sferze bywa czasem nieznajomość faktu, iż w przebiegu aktu seksualnego narastanie stanu podniecenia, a zwłaszcza najwyższe jego odczuwanie (tzw. orgazm czyli szczytowanie) występuje u mężczyzny szybciej (w chwili wytrysku nasienia) niż u kobiety. Przeżycie aktu seksualnego w dobrym stylu, a więc jako wyraz miłości, wymaga zatem od męża przede wszystkim odpowiedniego przygotowania, a więc cielesnych i słownych pieszczot i niezaprzestania tych wyrazów miłości natychmiast po ofiarowaniu małżonce nasienia, gdyż ona dopiero po chwili może odczuć najwyższe zadowolenie i dozna wielkiej przykrości, jeśli mąż już się nią w takiej chwili nie interesuje. Ale ta „szkoła kochania” możliwa jest dopiero w warunkach trwałego, wiernego, „stabilnego” małżeństwa.

Warto również zdawać sobie sprawę z tego, że intensywność i odczuwanie potrzeb seksualnych u niektórych kobiet ulega wahaniom na przestrzeni cyklu miesięcznego, osiągając najwyższy stopień w dniach najbliższych jajczkowaniu (p. str. 204).

Znajomość powyższych faktów może pomóc w zrozumieniu różnych niepokojów i kryzysów w małżeństwie.

5.3. Czystość życia małżeńskiego

„A zatem proszę was, bracia, przez miłosierdzie Boże, abyście dali ciała swoje na ofiarę żywą, świętą, Bogu przyjemną, jako wyraz waszej rozumnej służby Bożej. Nie bierzcie więc wzoru z tego świata, lecz przemieniajcie się przez odnawianie umysłu, abyście umieli rozpoznać, jaka jest wola Boża: co jest dobre, co Bogu przyjemne i co doskonałe”.

Rz 12,1-2

Zaakceptowana wewnętrznie stała wstrzeźliwość seksualna, czyli zachowanie dziewictwa, do którego zobowiązują się celibatariusze, jest jedną, ale nie jedyną formą praktykowania czystości. Postulat życia czystego nie dotyczy przecież tylko duchownych, ale wszystkich ludzi. I chociaż zachowanie czystości w życiu małżeńskim nie polega na stałej wstrzeźliwości płciowej, to jednak przeżywanie seksualności w małżeństwie nie jest jakąś koncesją na rzecz ludzkiej słabości, ale może i powinno być również przeżywaniem czystości (9).

Czymże jest więc czystość w małżeństwie?

Chociaż „czystość moralna” i to, co można umownie określić jako zdrowie psychiczne jest jakościowo czymś zupełnie odrębnym niż „czystość” w potocznym znaczeniu tego słowa, to jednak warto tu przywołać to ogólne pojęcie „czystości”, choćby dla przypomnienia, jak wielkie ma ona znaczenie dla życia i jak wiele starań i wysiłków jest podejmowanych dla zachowania czystości w sferze życia biologicznego.

Współcześnie najgłośniejszy w tym względzie jest problem czystości środowiska naturalnego i walki z jego skażeniem. Nie mniejszą wagę przywiązuje się do czystości fizycznej i biologicznej na skalę indywidualną a nie tylko makroekologiczną - w trosce o zdrowie organizmu fizycznego człowieka. Maksymalne starania podejmuje się w tym celu zwłaszcza w ekstremalnych warunkach zagrożenie zdrowia, np. podczas operacji chirurgicznych; wykluczenie

wszystkich zanieczyszczeń fizycznych i biologicznych przestrzegane jest wówczas w sposób skrajny.

Ale wiadomo, że zdrowiu fizycznemu mogą szkodzić nie tylko różnego rodzaju zanieczyszczenia i szkodliwości pochodzące z zewnątrz organizmu, ale i wewnętrzny jego nieporządek, a więc zaburzenia anatomiczne czy funkcjonalne. Ciekawego uogólnienia w tym zakresie dostarcza wypowiedź Antoniego Kępińskiego w jego książce „Rytm życia”: „Nie znamy definicji życia, lecz jeśli za fizykiem Schrödingerem przyjmiemy, że jest nim ustawiczne przeciwstawianie się entropii czyli tendencji materii do bezładnego ruchu cząsteczek, wówczas **porządek** staje się najbardziej istotną cechą życia.” (20)

Rozważmy teraz szczególne aspekty i cechy czystości jako stylu życia - także życia seksualnego - w małżeństwie.

Punktem wyjścia powinno być dostrzeżenie tego faktu, iż płciowość ludzka jest stworzonym przez Boga „generatorem energii odtwórczej” (określenie prof. W. Fijałkowskiego) (9).

Przed człowiekiem w każdym stanie istnieje wielka szansa twórczego i szczęśliwego korzystania z generatora tej energii. W nim samym nie należy dopatrywać się zagrożenia dla człowieka. Zagrożenie może wynikać ze stosunku człowieka do sfery płciowości, gdy działanie seksualne nie jest podporządkowane łaadowi moralnemu i światu wartości, gdy jest wyłącznie aktem popędowym, a nie wyrazem wyłącznej miłości małżeńskiej, gdy sprowadza się ono do „eksploatacji płciowości w warstwie doznaniowej na podłożu ubezpłodnienia” (tj. antykoncepcji) (9).

Czystość małżeńska to przede wszystkim wybór wartości przez dwie miłujące się osoby, akceptujące siebie jako możliwych rodziców, pomnażających miłość i życie w sobie, w rodzinie, którą stworzyli i w bliższych i dalszych kręgach ludzkich. Taka postawa i jej realizacja nie przychodzi spontanicznie i często wymaga trudu. Niemniej kierowanie własnymi działaniami seksualnymi i przyjmowanie pełnej odpowiedzialności za te działania nie przerasta możliwości człowieka. Jest równie możliwe, jak konieczne. Umiejętność opanowania się i odstąpienia od działania seksualnego, czy to w związku z naturalnym planowaniem poczęć (p. str. 220), czy w związku z chwilową

rozłąką, jest przeżyciem czystości małżeńskiej, przeżyciem, które wymaga miłości i pomnaża tę miłość. A więc nawet chwilowe trudności i napięcia wynikające z „milczenia seksualnego” mogą w efekcie być źródłem nie tylko satysfakcji, ale wspólnie przeżywane mogą również pomnażać naszą miłość i wzmacniać wzajemną więź.

Wartość czystości małżeńskiej, wyrażającej się w praktykowaniu okresowej wstrzemięźliwości, związanej z naturalnym planowaniem poczęć, charakteryzuje najlepiej papież Paweł VI w swojej encyklice „Humanae vitae”:

„...opanowanie, w którym przejawia się czystość małżeńska, nie tylko nie przynosi szkody miłości małżeńskiej, lecz wyposaża ją w nowe ludzkie wartości. Wymaga ono wprawdzie stałego wysiłku, ale dzięki jego dobroczynnemu wpływowi małżonkowie rozwijają w sposób pełny swoją osobowość, wzbogacając się o wartości duchowe. Opanowanie to przynosi życiu rodzinnemu obfite owoce w postaci harmonii i pokoju oraz pomaga w przewyżnianiu innych jeszcze trudności: sprzyja trosce o współmałżonka i budzi dla niego szacunek, pomaga także współmałżonkom wyzbyć się egoizmu, sprzeciwiającego się prawdziwej miłości oraz wzmacnia w nich poczucie odpowiedzialności. A wreszcie dzięki opanowaniu siebie rodzice uzyskują głębszy i skuteczniejszy wpływ wychowawczy na potomstwo...” (15, art. 21).

Trzeba również trzeźwo zdawać sobie sprawę z tego, że nawet entuzjazm i przekonanie do czystego życia oraz przywiązanie do świata wartości nie czynią z nas „marmurowych herosów”, pozbawionych wrażliwości na bodźce seksualne, i że wcale nie jest ideałem restrykcyjny, nieufny stosunek do doznawanych nieraz stanów pobudzenia. Są one przecież naturalnym przejawem funkcjonowania w nas wspomnianego „generatora energii odtwórczej”(9). W tych chwilach ważne są w równym stopniu: refleksja, roztropność, opanowanie, ale również poczucie humoru, łącznie z niewielką dozą autoironii. Czy fakt, że w zasięgu naszego wzroku znalazła się np. bardzo powabna i urokliwa dziewczyna (czy mężczyzna), ma być przyczyną tego, że dostrzegamy niemal wyłącznie jej fizyczne powaby i kokieterię, a nie patrzymy na nią jak na osobę, że przyprowadzamy się o niespokojny stan pobudzenia? A czymże ona zasłużona

albo winna, iż pewne jej zewnętrzne powaby rzucają się w oczy? I czy te jej cechy są tak bardzo ważne? A czy nie ma w tym pewnego odblasku piękna i dobroci Boga? A czy tracąc na chwilę swoją wewnętrzną harmonię nie jestem śmieszny? Może ta nasza wrażliwość to ten „niesforny osiołek”, jakby powiedział św. Franciszek? A więc warto być czujnym.

A czujność ta nakaze nam z pewnością wykluczyć kontakt wzrokowy czy jakiegokolwiek inny z tego rodzaju obiektami czy zdarzeniami, które mają za cel wprowadzać otoczenie w stan pobudzenia seksualnego, jak np. pornografia, czy też celowo zaaranżowane działania jakichś osób.

Miłość małżeńska, pamięć o mężu, o żonie, stała świadomość małżeńskiej więzi - powinny być dominantą w patrzeniu na innych ludzi.

„Bo czystość to jednoznaczność, przezroczystość, czytelność, wyrazistość”. (8)

„Czystość to twórcze przeżywanie płci z pełnym zaangażowaniem kreatywnej mocy płodności” (9), (płodności zasilającej również sferę duchową).

Istotne uwagi dotyczące czystego przeżywania małżeństwa są zawarte także w poprzednim rozdziale, zwłaszcza w jego części odnoszącej się do czystości w okresie dojrzewania (p. rozdz. 5.2.) oraz w rozdziale traktującym o naturalnym planowaniu poczęć jako o stylu życia (str. 220).

5.4. Fizjologia rozrodczości

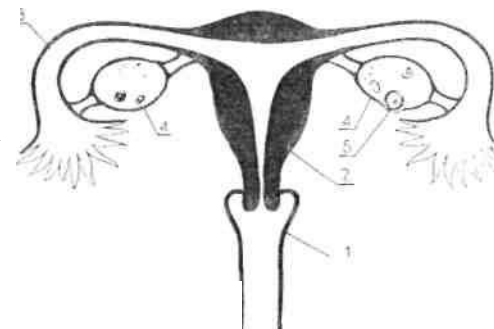
5.4.1. Budowa i funkcja prokreacyjna narządu rodnej kobiety (18, 49)

Zaznajomienie się z materiałem przedstawionym w tym rozdziale jest konieczne dla zrozumienia metod rozpoznawania okresów płodności u kobiety, co stanowi podstawę naturalnego planowania poczęć.

Narząd rodny kobiety (ryc. 21.) jest naturalnym środowiskiem biologicznym, w którym dokonuje się zapłodnienie i które jest przez dziewięć miesięcy miejscem rozwoju i wzrostu poczętego człowieka.

Legenda

- 1 - pochwa
- 2 - macica
- 3 - jajowód
- 4 - jajnik
- 5 - pęcherzyk Graafa

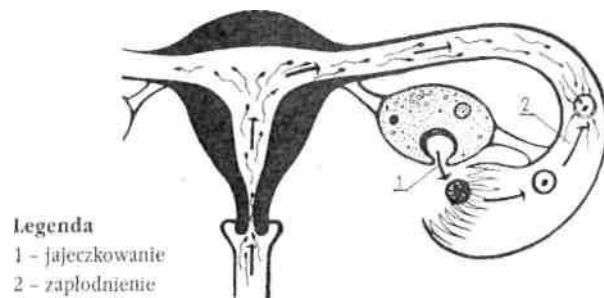


Rycina nr 21. Schemat budowy narządu rodnej kobiety
(szczegółowe objaśnienie w tekście).

Centralna część tego narządu - macica - jest tworem mięśniowym o grubej ścianie, kształtu owocu gruszki i ma wymiary: 7 cm na 5 cm na 2,5 cm. Do jamy macicy poprzez jej ścianę biegną jajowody (prawy i lewy), którymi wędrują ku jamie macicy jajeczka wytworzone w jajnikach. Dalsze (w stosunku do macicy) końce jajowodów (czyli ich ujścia brzuszne) są niejako otwarte w okolicy jajników (ryc. 21.). Jajniki są również narządem parzystym (prawy i lewy). Są wyposażone w ogromną liczbę zawiązków przyszłych jajeczek (tzw. oocytów): liczba ta u noworodka płci żeńskiej wynosi około 2 miliony oocytów, a u dziewczyny w okresie pokwitania - od kilkudziesięciu tysięcy do czterystu tysięcy.

Dojrzewanie jajeczek i ich wydalenie odbywa się u każdej kobiety w sposób regularny oraz ściśle cykliczny, i to zupełnie niezależnie od tego, czy kobieta żyje w małżeństwie, czy nie. Zewnętrznym przejawem cykliczności funkcji narządu rodnej kobiety jest parodniowe krwawienie miesięczne z dróg rodnych (tzw. miesiączka), występujące przeciętnie co 28 dni, z odchyleniami do kilku,

czasem kilkunastu dni. Cykl miesięczny kobiety jest okresem czasu od pierwszego dnia krwawienia miesięcznego do ostatniego dnia przed następnym krwawieniem miesięcznym, które jest już początkiem następnego cyklu miesięcznego. Otóż raz w ciągu cyklu miesięcznego kobiety, na 12 do 16 dni przed miesiączką, blisko powierzchni jednego z jajników (prawego lub lewego) występuje uwypuklenie jako wyraz dojrzewania tzw. pęcherzyka Graafa, zawierającego dojrzałe w danym cyklu jajeczko. W szczytowym momencie dojrzałości tych elementów komórkowych pęcherzyk pęka, a wydostające się z niego jajeczko natychmiast zostaje „przechwycone” przez strzępki ujścia jajowodu i jest przez jajowód przesuwane w kierunku jamy macicy (podobnie jak kęs pokarmu w przełyku) (ryc. 22.).



Rycina nr 22. Owulacja, „wędrówka” jajeczka przez jajowód i ewentualne jego zapłodnienie (omówienie w tekście).

Dalsze losy jajeczka zależą od tego, czy spotka na swej drodze plemnik i zostanie nim zapłodnione (co da początek ciąży), czy też nie spotka plemnika, a wówczas ulegnie martwicy w ciągu kilkunastu godzin (najdalej w ciągu doby).

Fakt opuszczenia pęcherzyka Graafa przez jajeczko nazywa się „jajczkowaniem” lub (z łacińskiego) „owulacją”.

Pęknięty pęcherzyk Graafa przekształca się w tzw. „ciałko żółte”, które zanika dopiero pod koniec cyklu miesięcznego.

Metody rozpoznawania terminu jajczkowania na podstawie zna-

nych objawów towarzyszących owulacji są podstawą tzw. naturalnego planowania poczęć (p. niżej).

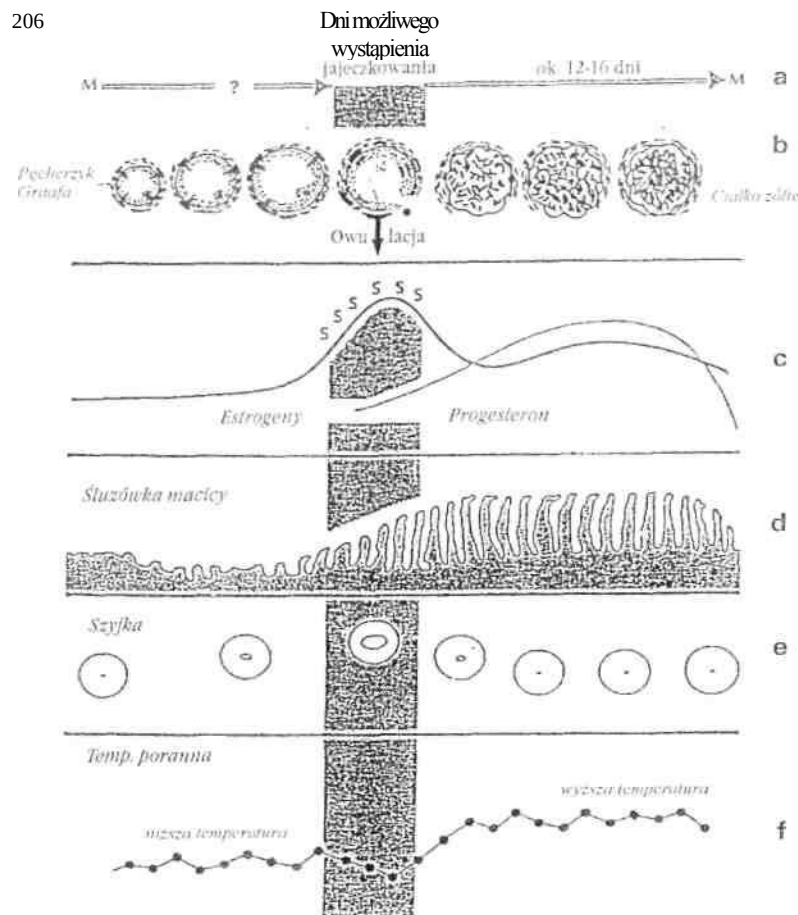
Zarówno pęcherzyk Graafa, jak i ciało żółte, są niezmiernie ważnymi strukturami biologicznymi, i to nie tylko z anatomicznego punktu widzenia. Pęcherzyk bowiem nie jest wyłącznie „puszczką” na dojrzewające jajeczko, ale jednocześnie jest gruczołem wewnętrznego wydzielania, a hormonami przez niego wydzielanymi są estrogeny - żeńskie hormony płciowe.

Także ciało żółte nie jest wyłącznie pozostałością (czy jakby się wydawało - blizną) po pękniętym pęcherzyku, ale jest także czasowo funkcjonującym gruczołem wewnętrznego wydzielania, a hormonem przez niego wydzielanym jest przede wszystkim progesteron - hormon drugiej fazy cyklu.

Zarówno estrogeny, jak i progesteron - poza wielkim wpływem, jaki wywierają na cały psychofizyczny organizm kobiety - odgrywają wielką rolę w cyklicznie występujących przemianach funkcji narządu rodowego. Tę cykliczność przemian, uwarunkowanych na przemienne działanie estrogenów i progesteronu (w ciągu cyklu miesięcznego kobiety) przedstawia rycina 23.

Rycina ta prezentuje w sposób schematyczny procesy i zjawiska występujące cyklicznie (a więc stale powtarzające się) w toku każdego cyklu miesięcznego kobiety.

Przed wszystkim trzeba tu wskazać na odbywający się w pierwszej części cyklu miesięcznego proces dojrzewania i wzrastania pęcherzyka jajnikowego, a w nim jajeczka, które wydostanie się z tego pęcherzyka i zostanie „przechwycone” przez strzępki jajowodu. Ten fakt (jajczkowanie, owulacja) ma miejsce na 12 do 16 dni przed następną miesiączką. Ciało żółte, powstałe z pękniętego pęcherzyka Graafa zanika dopiero w samym końcu cyklu. Poziomy odcinek (ryc. 23a) symbolizuje długość trwania cyklu miesięcznego, a nieregularny, zakresowany zarys (23d) jest ilustracją tych przemian, jakim ulega błona śluzowa („wyściółka”) jamy macicy w ciągu cyklu miesięcznego. Początkowo cienka, stopniowo grubieje (pod wpływem estrogenów wytworzonych w pęcherzyku), a w dalszej części cyklu (pod wpływem wydzielanego przez ciało żółte progesteronu) jest nie tyl-



Rycina nr 23. Cykliczność przemian w narządzie rodnym kobiety i w jej organizmie w przebiegu każdego cyklu miesięcznego, tj. od pierwszego dnia krwawienia miesięcznego do ostatniego dnia przed następną miesiączką (najczęściej około 28 dni).

a) W razie cykli nieregularnych - różne mogą być odstępy czasu od początku cyklu (tj. od początku miesiączki) do jajeczkowania; natomiast od jajeczkowania do następnej miesiączki upływa zazwyczaj od 12 do 16 dni.

b) Ewolucja pęcherzyka Graafa, jajeczkowanie i utrzymywanie się „ciałka żółtego”.

c) Wahania poziomu w organizmie hormonów, wydzielanych przez pęcherzyk Graafa (estrogeny) i przez ciało żółte (progesteron).

d) Przemiany błony śluzowej jamy macicy (omówienie w tekście).

e) i f) oraz litera „S” w części c) ryciny: objawy służące rozpoznawaniu okresów płodności (zmiany śluzu „S” - patrz s. 224, objaw szyjkowy - patrz s. 225 i zmiany temperatury ciała - patrz s. 223).

ko grubsza, ale również bardziej ukrwiona i rozpulchniona i zawiera więcej glikogenu, przygotowując się niejako w każdym cyklu do ewentualnego przyjęcia zapłodnionego jajeczka i do zapewnienia jak najlepszych warunków dla jego zagnieżdżenia się w macicy. Hormon ciała żółtego spełnia jeszcze jedną, bardzo istotną rolę: otóż blokuje on do końca trwania danego cyklu miesięcznego możliwość dojrzewania innego pęcherzyka i wystąpienia drugiego jajeczkowania, i to zarówno z tego samego, jak i drugostronnego jajnika. Zasadzie tego zjawiska nie przeczy zdarzająca się rzadko jednoczesna podwójna owulacja, czego owocem może być bliźniacza ciąża dwujajowa.

Jeśli nie dojdzie do zapłodnienia (jak to ma miejsce w większości cykli), to ciało żółte zanika, wybitnie zmniejsza się wydzielanie jego hormonów, na skutek czego nie wspomagana ich działaniem błona śluzowa macicy także ulega zanikowi i złuszcza się płatkami, co prowadzi do przerywania się naczyń krwionośnych i kilkudniowego krwawienia (miesiączki). Rozpoczyna to następny cykl z „odbudowaniem” błony śluzowej pod wpływem estrogenów wytwarzanych w kolejnym dojrzewającym pęcherzyku.

Jeśli dochodzi do zapłodnienia, to ciało żółte nie zanika, wspomagając przez okres ciąży rozrost macicy.

O tym zadziwiającym zjawisku biologicznym, jakim jest cykl miesięczny kobiety, z całą regularnością zachodzących w czasie jego trwania procesów, o tym „zegarze biologicznym” decydują występujące naprzemiennie w większym stężeniu hormony pęcherzyka i ciała żółtego (ryc. 23c). Funkcja tych gruczołów podlega z kolei hormonalnym wpływom przysadki mózgowej i podwzgórza, ale omawianie tych (i jeszcze innych) uwarunkowań przekraczałoby cel niniejszej prezentacji.

* * *

Powyższe informacje anatomiczne i fizjologiczne dotyczące funkcji narządu rodnego kobiety warto uzupełnić jeszcze pewnymi refleksjami i niektórymi danymi, zwłaszcza w kontekście funkcji rodnych mężczyzn.

Ciekawy jest ten fakt, iż organizm kobiety przypomina jej w spo-

sób cykliczny (a nawet trochę kłopotliwy) o jej funkcjach rozrodczych i gotowości do macierzyństwa, nawet jeśli nie jest ona żoną i matką nawet jeśli świadomie z tej drogi zrezygnowała, np. jako celibatariuszka.

Męczyzna jest bardziej niezależny od fizjologicznego procesu wytwarzania swych komórek rozrodczych.

Proces wytwarzania i wydzielania komórek rozrodczych w organizmie mężczyzny (plemników) i kobiety (a więc jajeczek) trwa u obu płci od okresu dojrzałości płciowej do okresu przekwitania. Jednakże przebieg tych procesów w czasie jest zupełnie odmienny u obu płci. W jądrach mężczyzny plemniki są wytwarzane w sposób ciągły (nie okresowy), a w pewnym momencie mogą być one wydalone z nasieniem, które zawiera ich ogromną liczbę: paręset milionów.

Łatwo obliczyć, że z wielu tysięcy zawiązków jajeczek w obrębie jajników dojrzewa i zostaje wydalone przez jajniki w ciągu całego życia kobiety (tj. od okresu dojrzewania do okresu przekwitania) jedno jajeczko co około 4 tygodnie! - w sumie tylko około czterystu kilkudziesięciu jajeczek. Poprawka na rzadko występującą ewentualność bliźniaków dwuj aj owych (przy jednoczesnej owulacji dwóch jajeczek i ich zapłodnieniu) - niewiele zmienia w tym rachunku.

Warto również zaznaczyć, że u kobiet (nie u wszystkich i nie stale) mogą występować w różnych fazach cyklu miesięcznego zaburzenia emocjonalne (np. drażliwość) i różne dolegliwości (np. bóle w podbrzuszu w okresie jajczkowania czy bóle głowy przed miesiączką). Te zaburzenia samopoczucia i dolegliwości związane są z wahaniami stężenia hormonów płciowych.

W okresie przekwitania (klimakterium), kiedy wygasa funkcja hormonalna jajników, co przejawia się ustaniem miesiączkowania (menopauza), kobiety doznają najczęściej różnych dolegliwości zarówno psychicznych, jak i fizycznych. Najczęstszymi dolegliwościami tego typu są: chwiejność nastroju, zaburzenia snu, trudności z koncentracją uwagi, męczliwość, napadowe odczucie gorąca, bicie serca, zawroty i bóle głowy i inne. Klimakterium występuje zwykle między 43. a 55. rokiem życia, a ewentualne dolegliwości z nim związane mogą trwać do 5-6 lat.

W razie znacznego nasilenia tych dolegliwości stosuje się czasem tzw. hormonalną terapię zastępczą, co jest zagadnieniem ściśle lekarskim.

5.4.2. Rozwój dziecka od poczęcia do narodzin

„Ty bowiem utworzyłeś moje nerki, Ty utkałeś mnie w łonie mej matki. Dziękuję Ci, że mnie stworzyłeś tak cudownie, godne podziwu są Twoje dzieła. (...) Nie tajna Ci moja istota, kiedy w ukryciu powstawałem”.

Ps 139

Zagadnienie fizjologii rozrodczości kojarzy się wyłącznie - albo przede wszystkim - z działaniami i procesami fizjologicznymi dotyczącymi rodziców dziecka. A przecież jednym z głównych „bohaterów tego tematu” jest także dziecko, które pocnie się albo już się poczęło. Pomimo powszechnej - zdawałoby się - wiedzy na temat poczęcia i rozwoju poczętego dziecka, świadomość ewolucji fizycznej (i psychicznej!) człowieka i tempa tej ewolucji w najwcześniejszej fazie rozwoju jest wciąż zbyt mała, a i wiedza o tych wczesnych procesach rozwoju w rzeczywistości bywa żenująco skąpa. Poczęty człowiek, określany mianem „zarodka” i „płodu”, bywa dla wielu powiększającą się „grudką tkanki”, która dopiero za kilka miesięcy ujawni się jako organizm. Trzeba co prawda stwierdzić z zadowoleniem, że współczesny postęp techniki diagnostycznej, jaki wniosła np. ultrasonografia, jest niewątpliwym przełomem w zobrazowaniu tego małego organizmu jako całości. Dla wielu młodych rodziców zobaczenie na ekranie ultrasonografu ich maleńkiego dziecka na szereg miesięcy przed jego narodzeniem - jest wielkim i przekonującym przeżyciem.

Niemniej bardzo wielu ludzi po prostu nie zdaje sobie sprawy z tego, jak bardzo wcześnie wykształcają się i zaczynają funkcjonować różne narządy. Niemal sensacyjną wymowę ma fakt, że około 22. dnia od chwili poczęcia (a więc w czasie, gdy rodzice nie mają pew-

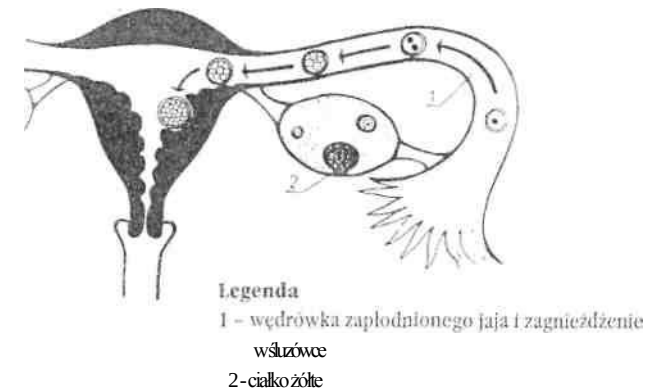
ności albo wręcz nie wiedzą, że już mają dziecko) zaczyna w sposób rytmiczny bić zawiązek serca. Nie jest to jeszcze wykształcony w pełni narząd, ale jest już jego zawiązek, który nie tylko stanowi anatomiczną strukturę, ale również pracuje, i to nie byle jak, ale rytmicznie.

Warto jednak nie poprzestać na tej przykładowo przytoczonej (bo bardzo „efektywnej”) informacji o jakże wczesnym wykształceniu się serca i rozpoczęciu jego pracy, ale systematycznie, choć w pewnym skrócie, prześledzić rozwój psychofizyczny dziecka przed urodzeniem (10, 24, 40, 46).

Życie ludzkiego organizmu rozpoczyna się w chwili połączenia się komórki rozrodczej żeńskiej, tj. jajeczka, z komórką rozrodczą męską czyli plemnikiem.

Poza zasadniczą różnicą między tymi komórkami, jaką stanowi fakt, iż są one nośnikami odrębnych materiałów genetycznych: plemnik - od ojca, a jajeczko - od matki, ciekawe są inne różnice. Po pierwsze różnice wielkości: oto jajeczko (oocyt w formie przedowulacyjnej) ma średnicę około 0,120 mm, podczas gdy główka plemnika (a więc zasadnicza część, zawierająca jądro komórkowe) ma wymiary około 0,007 - 0,010 mm; i chociaż biegnąca od główki plemnika cienka witka ma długość do 0.120 mm, to główna część plemnika, a więc główka, jest znacznie mniejsza od jajeczka. Można więc powiedzieć, że w chwili poczęcia o wiele więcej materii - licząc „na wagę” - otrzymuje dziecko od matki, która niejako od pierwszej chwili życia „kanni” to poczęte życie. Nie pomniejsza to roli komórki ojcowskiej, a więc plemnika, który przekazuje materiał genetyczny i bez którego życie by się nie poczęło. Druga różnica między plemnikiem a jajeczkiem to ta, iż plemnik dzięki ruchom witki może samodzielnie wędrować w drogach rodnych ku jajeczku, dzięki czemu do zapłodnienia jajeczka dochodzi już w jajowodzie (ryc. 22). Jajeczko nie ma możliwości ruchów własnych, ale jest biernie przesuwane przez jajowód w kierunku macicy dzięki ruchom jajowodu (podobnie jak kęs pokarmu przesuwany jest w przełyku), a także dzięki ruchowi rzęsek nabłonka jajowodu. Warto przypomnieć ten ciekawy fakt, że w jednej porcji nasienia męskiego (w jednym ejakulacie) jest od 200 do 300 milionów plemników, chociaż zapłodnienia dokonuje tylko

jeden z nich. Zapłodniona komórka w trakcie jej wędrówki ku macicy dzieli się szybko na 2, 4, 8 (itd.) komórek potomnych, tzw. blastomerów; liczba podziałów komórkowych narasta lawinowo (ryc. 24). Zarodek zagnieżdża się na 9 miesięcy w błonie śluzowej jamy macicy. Dokonuje się bardzo skomplikowany proces różnicowania i grupowania się tych komórek, co prowadzi do powstania tzw. węzła zarod-



Rycina nr 24. Wędrówka zapłodnionego jajeczka ku macicy, pierwsze podziały komórkowe, zagnieżdżenie się w błonie śluzowej macicy, powstanie ciała żółtego (omówienie w tekście nas. 211).

kowego, trofoblastu i listków zarodkowych, z których następnie rozwiną się poszczególne narządy i układy. Im wcześniejszy okres rozwoju, tym przemiany te są szybsze.

Poniższe informacje, dotyczące rozwoju poszczególnych narządów i „kalendarza” tego rozwoju u zarodka i płodu, nie są w żadnym stopniu streszczeniem embriologii, ale mają na celu podkreślenie, jakże wcześnie i jak - chciałoby się powiedzieć - cudownie formują się wszystkie narządy człowieka. Podane w poniższym opisie liczby, wyrażające momenty czasowe czy okresy czasu (w dniach, tygodniach lub miesiącach) obrazują odległość w czasie od chwili zapłodnienia, będącej początkiem życia organizmu.

Kręgi zaczynają formować się w 4. tygodniu, kości kończyn i inne - w końcu drugiego miesiąca; dłonie i stopy wyodrębniają się od 4.-5.

tygodnia. Po dwóch miesiącach pojawiają się na dłoniach długie linie, a po 15 tygodniach - linie papilarne na opuszkach palców.

Jakże cudownymi i ciekawymi obrazami są ilustracje dziecka po 3 miesiącach od chwili jego poczęcia (ryc. 25.; dostępne są również plastikowe modele do celów dydaktycznych) lub fotomontaż przed-



Rycina nr 25. Model obrazu dziecka trzymiesięcznego (od chwili poczęcia!). Wielkość naturalna.

stawiający stopki tegoż trzymiesięcznego dziecka w palcach człowieka dorosłego, (ryc. 26.). Zdjęcia te są nie tylko źródłem ciekawych informacji, ale również głoszą i ilustrują prawdę o tym, że to dziecko w najwcześniejszym etapie swego człowieczeństwa zdane jest wyłącznie na miłość i akceptację rodziców. W razie zamachu na jego życie (= tragicznej decyzji aborcji) nie jest w stanie krzyknąć, wezwać pomocy, obronić się mchem.

Zawiązki gałek ocznych pojawiają się około 22. dnia, a soczewki oka - około 30. dnia. Kanały półkoliste ślimaka (= narząd równowagi) formują się od 7. tygodnia. Zawiązki zębów pochodzą z 6. tygodnia.

Zarysy twarzy pojawiają się od 8. tygodnia, a otwór ustny już po pier-

wszym miesiącu.

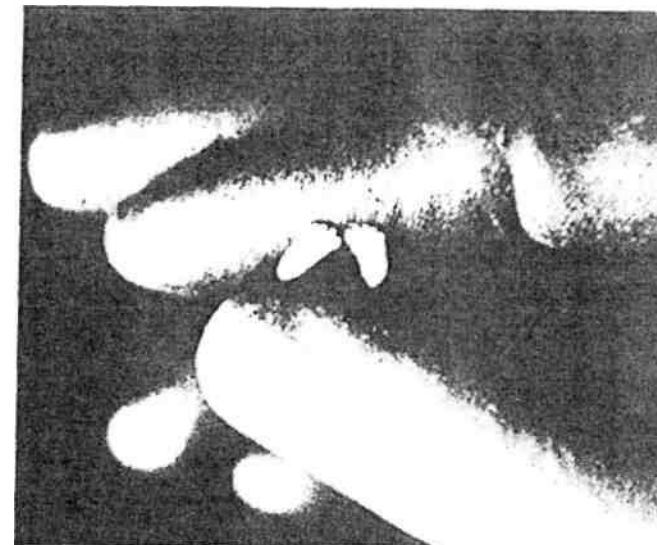
W czwartym tygodniu zaczynają formować się narządy wewnętrzne (nerki, wątroba, pęcherzyk żółciowy, trzustka, żołądek i cały przewód pokarmowy, tkanka płucna itd.).

Między 12. a 13. tygodniem nerki zaczynają wydzielać mocz. Zawiązek serca, jak już wspomniano - podejmuje pracę „pompy” ok. 22. dnia, a w czwartym miesiącu przepompowuje około 30 litrów krwi dziennie.

Niezwykle dynamiczny jest rozwój anatomiczny i funkcjonalny

ośrodkowego układu nerwowego, a przede wszystkim mózgu, narządu sprawującego kierowniczą funkcję w stosunku do całego organizmu psychofizycznego człowieka.

Zawiązki ośrodkowego układu nerwowego zaczynają formować się 17. dnia, a samego mózgu - w 4. tygodniu od chwili poczęcia.



Rycina nr 26. Stópki dziecka trzymiesięcznego (od chwili poczęcia!) w palcach człowieka dorosłego (wielkość naturalna).

Liczba komórek mózgu wynosi: po 1. miesiącu - kilka milionów komórek, a przy urodzeniu całkowitą liczbę komórek (neuronów) w korze mózgowej ocenia się na 9 do 14 bilionów.

Pierwsze fale mózgowe zarejestrowano badaniem bioelektrycznym około 43. dnia. „Mapa” ośrodków ruchowych i czuciowych mózgu formułuje się w 4. miesiącu. Od 4. miesiąca dokonuje się też proces mielinizacji włókien nerwów rdzeniowych (tj. powstawania otoczek lipidowo-białkowych wokół włókien), co ma decydujące znaczenie dla funkcji układu nerwowego.

O funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego u dziecka przed jego urodzeniem świadczą odczuwane przede wszystkim przez

matkę, ale uchwytnie również dla badających te procesy - ruchy i odruchy dziecka, a więc funkcje, w których współuczestniczą z ośrodkowym układem nerwowym: narząd ruchu, a także narządy wewnętrzne, zwłaszcza wyposażone w aparat mięśniowy, i narządy zmysłów (czucie, równowaga, słuch, smak).

Pierwsze spontaniczne ruchy dziecka, niewyczuwalne jeszcze przez matkę, występują już w 6. tygodniu. Matka wyczuwa ruchy dziecka w trakcie lub w końcu 4. miesiąca. Od 13. tygodnia rozpoczynają się próby ruchów oddechowych klatki piersiowej. Ruchy ssania - tak ważne w życiu dziecka po urodzeniu - rozpoczynają się między 2. a 3. miesiącem życia płodowego.

Między 6. a 7. miesiącem dziecko zaczyna ssać własny palec. Od około 15. tygodnia pojawiają się odruchy chwytania. Od 5. miesiąca ujawniają się reakcje na zmiany temperatury: gdy matka spożyje zimne lub gorące płyny, dziecko reaguje ogólnymi ruchami i przyspieszeniem akcji serca. W tym również okresie pojawiają się podobne reakcje na bodźce świetlne skierowane na powłoki brzuszne matki lub do dróg rodnych (np. w związku z badaniem ciążarnej). Dziecko zaczyna także reagować w tym okresie na dźwięki, wibracje (pochodzące np. z pracy pralki lub innych urządzeń), a z czasem również na mowę ludzką. Reakcja dziecka na dźwięki, ujawniająca się pod postacią ruchów i przyspieszenia akcji serca, występuje szybciej niż ewentualne reakcje matki. Na przełomie 5. i 6. miesiąca matka wyczuwa naprzemienne okresy snu (zupełnego spokoju) i czuwania dziecka, co przejawia się jego mchami. Aktywność dziecka zależy w dużym stopniu od trybu życia matki.

Dziecko jest stale poddane ruchom „kołysania” przez matkę, zależnym od ruchów całego jej ciała i od jej ruchów oddechowych.

Sygnałem odbieranym przez dziecko od matki w sposób stały jest bicie serca matki. Ten sygnał stałości i bezpieczeństwa środowiska przedurodzeniowego pozostaje przez dziecko zapamiętany na okres po urodzeniu, kiedy przytulone przez matkę do piersi doznaje uspokajającego wpływu tego sygnału.

Fakt istnienia takich zależności został potwierdzony wynikami ciekawych doświadczeń, w toku których okazało się, że noworodki

umieszczone po urodzeniu w osobnym pomieszczeniu, w którym nadawano im z głośnika symulację odgłosu bicia serca matki, były o wiele spokojniejsze niż inna grupa noworodków, którym tego odgłosu nie nadawano.

Wiadomo zresztą, że podobnie uspokajający wpływ wywierają na dziecko bardzo różne łagodne i rytmiczne odgłosy, jak tykanie zegara czy stuk maszyny do pisania. Doświadczenie życiowe dowodzi także uspokajającego i rozluźniającego wpływu spokojnej muzyki (także przed urodzeniem!) i mowy, a zwłaszcza śpiewu matki.

Dziecko już przed urodzeniem doznaje i przeżywa emocje, i z pewnością udzielają mu się stany emocjonalne matki.

Trudno mówić o pamięci tego okresu, ale z pewnością nie jest to okres „niemy” z punktu widzenia psychologicznego i ma wielkie znaczenie dla dalszego psychicznego rozwoju dziecka po jego urodzeniu.

Badaniem wspomnianych wyżej zjawisk i procesów i zagadnieniem wpływu atmosfery życia rodziny przed urodzeniem dziecka zajmuje się psychologia prenatalna, która niejako „odkrywa” nie docenione dotychczas albo wręcz nieznane fakty, związane z rozwojem psychofizycznym człowieka w okresie prenatalnym.

5.4.3. Dolegliwości odczuwane często przez kobiety w okresie ciąży

Jakkolwiek zmiany zachodzące w organizmie kobiety ciężarnej dotyczą przede wszystkim narządu rodniego, to jednak biologiczny proces ciąży wywiera wpływ na cały organizm i objawia się zmianą funkcji wielu narządów i układów. Pozostawiając lekarzom tę problematykę zmian ogólnych i narządowych uwarunkowanych ciążą, warto jednak uświadamiać wszystkich, którzy mają kontakt z kobietami ciężarnymi, iż bardzo często odczuwają one określone dolegliwości (45).

We wczesnym - zwłaszcza - okresie ciąży często występującymi dolegliwościami są nudności i wymioty, jak również potrzeba

częstego oddawania moczu, uwarunkowana uciskiem powiększającej się macicy na pęcherz moczowy.

Nierzadko występują u kobiet ciężarnych różne dolegliwości ze strony układu pokarmowego, jak zgaga, niestrawność, zmienność apetytu i zaparcia. Często pojawiają się żylaki odbytu (hemoroidy) i żylaki kończyn dolnych. Występuje też czasem drętwienie rąk i kurcze łydek. U niektórych kobiet zaznacza się zwiększone zapotrzebowanie na sen, inne cierpią na bezsenność.

Występowanie tych różnych dolegliwości, ich nasilenie i uporczywość są bardzo różne u różnych kobiet.

Niektóre zaś kobiety czują się w ciąży bardzo dobrze.

W ostatnich tygodniach przed rozwiązaniem większość kobiet odczuwa pewne utrudnienie w poruszaniu się, jakkolwiek stopniowe (w ciągu wielu miesięcy) narastanie tej trudności pozwala na powolne przystosowanie się do sytuacji.

Opisane wyżej dolegliwości mogą być udziałem zupełnie zdrowych kobiet i dotyczyć całkowicie prawidłowego przebiegu ciąży. Zapobiega im skutecznie gimnastyka stosowana w szkole rodzenia.

Nie uważając w żadnym razie kobiety za „inwalidkę”, warto jednak mobilizować jej otoczenie (zwłaszcza najbliższe) do większej delikatności i uprzedzającej troskliwości, zważywszy zwłaszcza na pojawiającą się w tym okresie u niektórych kobiet większą labilność psychiczną (np. chwiejność nastrojów).

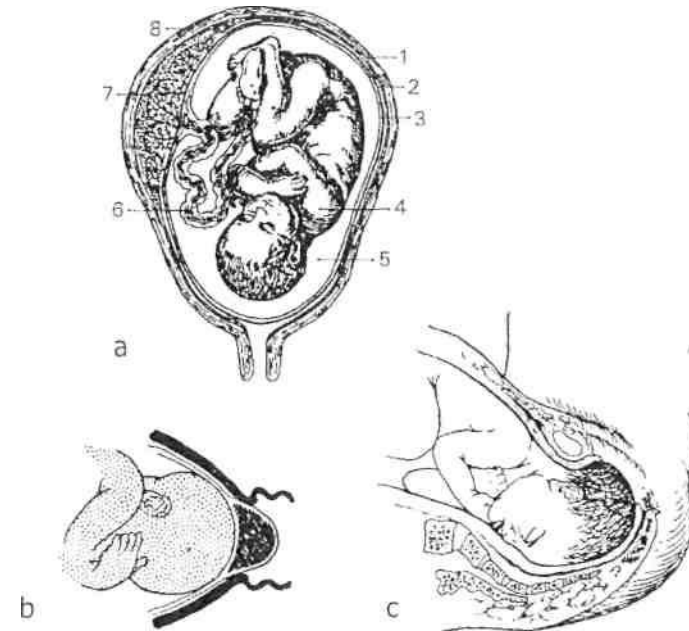
Trzeba silnie podkreślić, że każda kobieta ciężarna powinna podlegać okresowej kontroli lekarskiej, gdyż w niektórych przypadkach zbyt nasilonych dolegliwości wyniki badań lekarskich i laboratoryjnych mogą ujawnić schorzenie wymagające specjalistycznego leczenia, koniecznego dla matki i dziecka.

5.4.4. Mechanizm porodu

Informacje zawarte w niniejszym rozdziale obejmują przede wszystkim prezentację tego niezwykle interesującego procesu, jakim jest poród fizjologiczny, a następnie ukazując - niejako na tym

tle - odmienny, patologiczny mechanizm poronienia (nawet nie sprovokowanego zabiegiem ginekologicznym), wskazując na określone, somatyczne szkodliwości poronień.

Aby wyjaśnić mechanizm fizjologicznego porodu, będącego sumą wielu skoordynowanych funkcji narządu rodowego, trzeba przedstawić anatomiczną obraz anatomiczny w okresie ciąży. Ilustruje to rycina 27.



Rycina nr 27. Macica ciężarna oraz początkowy i końcowy etap akcji porodowej.

- cięża donoszona: 1 - doczesna ściana przekształcona w ciekłą błonę płodową, 2 - doczesna pokrywowa ściśle przylegająca do doczesnej ściennej, 3 - owodnia pokrywająca część płodową łożyska, wypełniająca wnętrze jaja płodowego i wytwarzająca płyn owodniowy, 4 - płód, 5 - płyn owodniowy, 6 - pępowina, 7 - łożysko, 8 - ściana macicy.
- Pęcherz przodujący (opis w tekście).
- Przejście główki przez kanał rodny.

(źródło ryciny - patrz s. 291)

W centrum tego obrazu jest dziecko oczekujące na urodzenie, ułożone w macicy fizjologicznie główką na dół (położenie główkowe). Ciało jego nie przylega bezpośrednio do ściany macicy, ale zanurzone jest w płynie owodniowym wypełniającym wewnątrz jaja płodowego. Na pewnej przestrzeni jaja płodowego powierzchnię jego stanowi łożysko, które jest zrosnięte ze ścianą macicy. Łożysko połączone jest z pępkim dziecka tzw. sznurem pępowinowym, przez który biegną naczynia krwionośne: dwie tętnice i jedna żyła (ryc. 27a). Naczyniami tymi wędruje krew dziecka do łożyska i z powrotem. Na terenie łożyska poprzez ściany naczyń krwionośnych dziecka i naczyń krwionośnych matki dochodzi do wymiany substancji odżywczych: od matki do dziecka i „odpadkowych” produktów przemiany materii od dziecka do matki. A zatem matka i dziecko mają oddzielne układy krążenia i krew ich się nie miesza, a jedynie poprzez oplatające się pętle naczyń krwionośnych matki i dziecka dochodzi w obrębie łożyska do wymiany odpowiednich substancji odżywczych i wydalanych jako odpady.

W toku trwania ciąży macica (a więc przede wszystkim mięsień stanowiący jej ścianę) rozrasta się i powiększa wielokrotnie. Rozrost ten nie jest równomierny w obrębie całej ściany macicy; im bliżej dna macicy, tym mięsień jest grubszy. Taka właśnie przebudowa mięśnia macicy jest przygotowaniem się jej do porodu, a więc do wydalenia całego jaja płodowego, kiedy to cała siła obkurczająca mięśnia macicy zamienia się na siłę wydalającą, w kierunku od dna macicy ku jej ujściu i dalej poprzez pochwę na zewnątrz. Droga ta wiedzie poprzez kostny kanał rodny, ograniczony kośćmi miednicy. A zatem poród fizjologiczny (czyli „siłami natury”) dokonuje się w następstwie skurczów mięśnia macicy „wyciskających” jajo płodowe na zewnątrz. Te skurcze macicy są bolesne, toteż jednoznacznym synonimem określenia „skurcze macicy” jest określenie: „ból porodowy”. Akcja porodowa zaczyna się odczuwalnymi skurczami, powtarzającymi się początkowo co kilkanaście czy kilka minut, a stopniowo stają się one coraz częstsze i coraz dotkliwsze. Zapotrzebowanie natury na coraz silniejsze skurcze macicy rodzi się stąd, że kostny kanał rodny (a więc otwór w miednicy, przez który musi wydostać

się dziecko) jest mniejszy niż jego główka. Jak natura rozwiązuje tę trudność, poza rolą, jaką spełniają tu silne skurcze macicy? Otóż proces przejścia główki dziecka przez węższy od niej kanał rodny dokonuje się następującymi etapami: po pierwsze ma miejsce fakt, który określa się jako „przywarcie” główki dziecka do mniejszego od niej przekrojem kanału kostnego (ryc. 27b). Wówczas ta część płynu owodniowego, która jest za główką, w obrębie jamy macicy, jest odcięta (przez ucisk główki) od tej części wód płodowych, które są przed główką i które - zwłaszcza w czasie skurczu - wywierają ucisk na napinające się wskutek tego błony płodowe przedgłowia. Ta właśnie część błon płodowych, wchodząca do kanału rodnego, napinana przez wody płodowe uciskane przez przypartą główkę - nazywa się pęcherzem przodującym (ryc. 27b). Rola pęcherza przodującego jest bardzo istotna. Po pierwsze napinanie się tego pęcherza przyczynia się do poszerzenia miękkich części dróg rodnych. Po drugie - w pewnym momencie, przy którymś z kolejnych skurczów porodowych, pęcherz przodujący pęka, a zawarta w nim część płynu owodniowego wydostaje się przez pochwę, obmywając niejako drogi rodne przed porodem. Jest to tzw. „odpłynięcie wód”, będące objawem zaawansowanego etapu akcji porodowej.

Przejście samej główki dziecka przez mniejszy od niej kostny kanał rodny (ryc. 27c), „wymuszone” przez dalsze kurcze mięśnia macicy, staje się możliwe dzięki temu, iż kości czaszki noworodka nie są jeszcze zrosnięte i główka bez szkody dla zawartości czaszki odkształca się wzdłuż, przyjmując formę „wieżowatą”. To odkształcenie ustępuje szybko, do następnego dnia. Stąd też, gdyby natychmiast po porodzie nie „oznaczyć” dziecka przymocowaną do rączki specjalną plastikową „bransoletką”, to można by na drugi dzień nie zidentyfikować go.

Przy okazji - ciekawostka: czasem zdarza się, że wydobyta z dróg rodnych główka dziecka jest pokryta błonami płodowymi pękniętego pęcherza przodującego i ten właśnie fakt określa się zwrotem „w czepku urodzony”, co uchodzi za wróżbę szczęścia.

Główka noworodka jest wymiarami większa niż jego pas barkowy i miednica, a więc po wydobyciu (urodzeniu) główki nie ma już

żadnych problemów z wydobyciem całego ciała noworodka. Dlatego też ułożenie dziecka miednicą w dół i poród „pośladkowy” wymaga ingerencji położnika (tzw. pomoc ręczna)

W 2 - 3 minuty po urodzeniu się dziecka przecina się sznur pępowinowy, po uprzednim przewiązaniu go po obu stronach przecięcia: od strony dziecka i od strony matki.

Następuje emocjonujący moment, gdy dziecko, po wydostaniu się z jego jamy ustnej resztek wód płodowych upowietrznia płuca przez wykonanie pierwszego wdechu i wydaje pierwszy krzyk. Trudno przecenić siłę emocji tego zdarzenia: urodziło się, oddycha, krzyczy, jest!

Ten moment nie oznacza wszakże końca porodu. Po pewnym czasie (fizjologicznie wyrażającym się w minutach) „rodzi się” łóżysko.

Parocentymetrowy odcinek przewiązanego sznura pępowinowego odpada samoistnie od pępka noworodka po kilku dniach, pozostawiając na całe życie ślad fizycznej łączności z matką.

5.5. Naturalne planowanie poczęć jako styl życia małżeńskiego

„Małżonkowie mają niezbywalne prawo do założenia rodziny i decydowania o czasie narodzin i liczbie dzieci, uwzględniając w pełni obowiązki wobec siebie samych, wobec dzieci już narodzonych, rodziny i społeczeństwa, we właściwej hierarchii wartości i zgodnie z naturalnym porządkiem moralnym, który wyklucza uciekanie się do antykoncepcji, sterylizacji, spędzania płodu. Poczynania władz publicznych lub organizacji, zmierzające do ograniczenia w jakikolwiek sposób wolności małżonków w podejmowaniu decyzji co do potomstwa, stanowią ciężką obrazę godności ludzkiej i sprawiedliwości”.

KARTA PRAW RODZINY - PRZEDŁOŻONA PRZEZ STOLICĘ APOSTOLSKĄ WSZYSTKIM LUDZIOM, INSTYTUCJOM I WŁADZOM ZAINTERESOWANYM MISJĄ RODZINY W ŚWIECIE WSPÓŁCZESNYM,
ART. 3.(19)

„Jeśli więc istnieją słuszne powody dla wprowadzenia przerw między kolejnymi urodzeniami dzieci, wynikające bądź z warunków fizycznych czy psychicznych małżonków, bądź z okoliczności zewnętrznych, Kościół naucza, że wolno wówczas małżonkom uwzględniać naturalną cykliczność właściwych funkcjom rozrodczym i podejmować stosunki małżeńskie tylko w okresach niepłodności, regulując w ten sposób ilość poczęć, bez łamania zasad moralnych...”
PAWEŁ VI, „HUMANAE VITAE”, ROK 1968 (15 ART. 16).

Na początku tego rozdziału trzeba przypomnieć o istotnej różnicy w możliwościach rozrodczych mężczyzny i kobiety.

Mężczyzna wytwarza w wielkiej ilości komórki rozrodcze (tj. plemniki) w sposób ciągły (nie okresowy) i w zasadzie jest płodny nieprzerwanie od okresu dojrzewania do okresu przekwitania, tj. do czasu ustania funkcji gonad.

Kobieta natomiast wytwarza i wydziela z jajników do dróg rodnych tylko jedno jajeczko w ciągu cyklu miesięcznego, a żywot tej komórki jest bardzo krótki. Jednakże plemniki mogą zachować żywotność dzięki śluzowi szyjki macicy przez kilka dni. Stąd też kobieta jest potencjalnie płodna w ciągu kilku dni fazy okołooowulacyjnej (p. ryc. 28.).

Naturalne planowanie rodziny nie ma nic wspólnego z antykoncepcją. Jest ono stylem kierowania swoją płodnością, polegającym na wyborze - dla podjęcia przez małżonków współżycia seksualnego - odpowiednich dni i okresów w ciągu cyklu miesięcznego kobiety, w zależności od tego, czy małżonkowie chcą, aby doszło do poczęcia dziecka, co można osiągnąć tylko w fazie płodności kobiety, czy zamierzają tego uniknąć w danym cyklu miesięcznym, powstrzymując się od współżycia w ciągu kilku dni okresu płodności.

Naturalne planowanie rodziny opiera się więc na umiejętności rozpoznawania w cyklu miesięcznym kobiety faz płodności i niepłodności.

Pionierskie w tym zakresie były w latach dwudziestych naszego stulecia prace dwóch badaczy: Ogino (43) i Knausa (21), którzy odkryli związek pomiędzy terminem jajczkowania a czasem wystąpie-

nia następującej po nim miesiączki i ocenili wówczas ten odstęp czasu na 11 do 17 dni. Na tym odkryciu oparta była metoda „kalendarzyka małżeńskiego”, polegająca na tym, iż - zwłaszcza w przypadku regularnego miesięczkowania - można z kalendarzem w rękę przewidzieć termin jajczkowania i ustalić okres płodności, dodając do tego terminu kilka poprzedzających dni na możliwość przeżycia plemników.

Metoda „kalendarzykowa” nie jest miarodajna i nie należy jej zalecać, i to nie tylko dlatego, że niektóre kobiety miesiączkują nieregularnie, co na ogół nie jest objawem chorobowym, ale przede wszystkim dlatego, że nawet u regularnie miesiączkujących kobiet owulacja może czasem wystąpić wcześniej niż zwykle lub opóźnić się pod wpływem różnych czynników, zarówno psychicznych (stres), jak i fizycznych (nadmierny wysiłek, przegrzanie, zmiana klimatu itp.).

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia naturalne planowanie rodziny obejmuje „metody planowania lub nieplanowania ciąży, polegające na obserwacji naturalnie występujących objawów i oznak faz płodności i niepłodności w cyklu miesięczkowym, bez podejmowania współżycia w okresie płodnym, jeśli ciąża nie jest planowana” (cyt. wg 2).

Definicja powyższa przywołuje znany fakt, iż w okresie płodności, tj. parę dni przed jajczkowaniem i w dniu jajczkowania, występują u kobiety pewne fizjologiczne objawy, które w sposób uchwytty informują, że kobieta jest w tych dniach płodna.

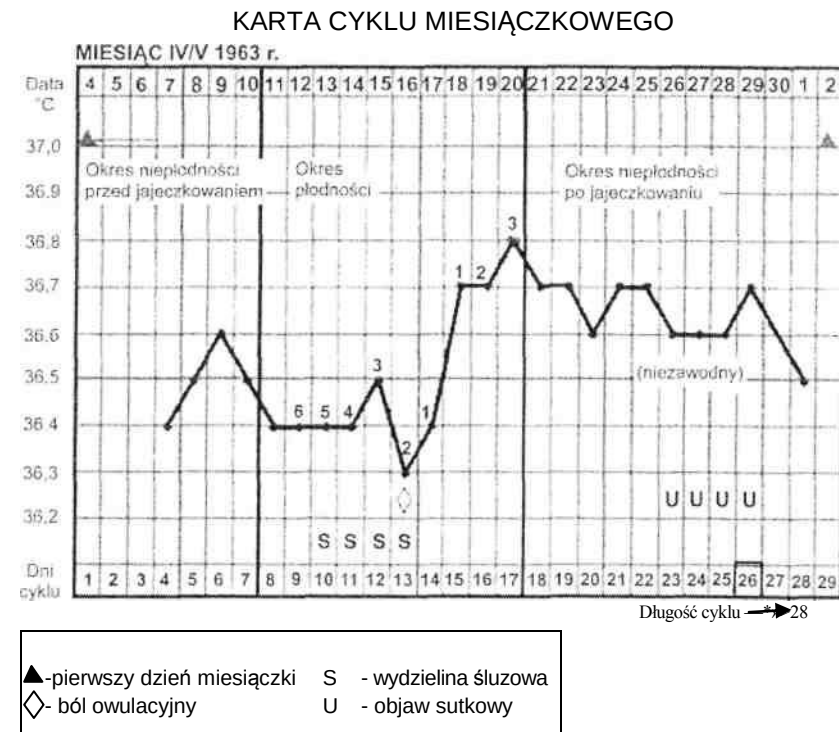
Umiejętność dostrzegania i rejestrowania tych objawów stanowi podstawę metod rozpoznawania naprzemiennych okresów płodności i niepłodności kobiety w ciągu jej cykli miesięcznych (1,2. 11, 25, 37, 38, 49, 51, 57, 59, 62, 63, 71).

Tymi objawami płodności są przede wszystkim:

- zmiany podstawowej temperatury ciała (charakterystyczny jej wzrost w związku z jajczkowaniem),
- pojawienie się w przedsionku pochwy charakterystycznego śliskiego śluzu,
- charakterystyczne zmiany szyjki macicy: staje się ona miękka, otwarta i uniesiona ku górze.

Ad a) Zmiany podstawowej temperatury ciała kobiety w ciągu cyklu owulacyjnego (miesięcznego).

Jeśli kobieta w ciągu całego cyklu miesięcznego mierzy codziennie ciepłotę ciała, to okazuje się, że temperatura podstawowa w pierwszej, przedowulacyjnej fazie cyklu jest niższa co najmniej o $0,2^{\circ}\text{C}$ aniżeli w ciągu drugiej części cyklu, a dzień wzniesienia się temperatury do tego wyższego poziomu wiąże się w czasie z faktem jajczkowania (ryc. 28. i ryc. 23f na str. 206). Te zmiany ciepłoty ciała uwarunkowane są wpływem hormonów płciowych i zmiany ich stężenia w toku cyklu owulacyjnego.



Rycina nr 28. Zmiany podstawowej ciepłoty ciała kobiety w ciągu cyklu miesięcznego jako podstawa oznaczania okresu płodności. Zaznaczono również występowanie zmian śluzu, ból owulacyjny i objaw sutkowy. Omówienie szczegółowe w tekście na s. 223.

Dla miarodajności tych pomiarów konieczne jest zachowanie pewnych warunków, a więc: mierzenia ciepłoty zawsze o tej samej porze dnia - rano przed wstaniem i podjęciem jakichkolwiek czynności, przy czym pomiaru tego dokonuje się w ustach pod językiem lub w odbytnicy, albo w pochwie. Najlepiej jest zanotować natychmiast wynik pomiaru na wykresie w zeszycie w kratkę, kreśląc wykres każdego cyklu na osobnej stronie (na osi poziomej: 1 kratka = 1 dzień, a na osi pionowej - 2 kratki = 1 „kreska” temperatury). Wygodniej jest posługiwać się w tym celu specjalnymi zeszytami z wydrukiem odpowiedniej „siatki”, na której łatwo i w sposób ujednolicony wykreśla się krzywe temperaturowe kolejnych cykli. Po upływie 3 dni od dnia zwyżki temperatury (łącznie z tym dniem) zaczyna się okres niepłodności bezwzględnej, gdyż jajeczko może przeżyć najdłużej 24 godziny, a późniejsza dodatkowa owulacja jest niemożliwa na skutek „blokady biologicznej” wywieranej przez progesteron.

Plemniki, wprowadzone z nasieniem do dróg rodnych kobiety, mogą jako żywe komórki, zdolne do zapłodnienia jajeczka, przetrwać przez okres od 3 do 5, a wyjątkowo nawet do 7 dni. Stąd też wynika, że faza płodności w ciągu cyklu miesięcznego kobiety trwa od 6 do 9 dni, a na okres ten składa się suma czasu przypadającego na możliwość przeżycia plemników oraz czas przeżycia jajeczka, nie przekraczający jednej doby.

Metoda temperaturowa dostarcza precyzyjnej informacji o początku i okresie fazy niepłodności poowulacyjnej, ale jako jedynie stosowana nie wyznacza długości trwania fazy niepłodności przedowulacyjnej. Zawsze bowiem może zdarzyć się, że owulacja wystąpi wcześniej niż zwykle, przyspieszając początek fazy płodności uchwytnej jedynie na podstawie obserwacji objawów.

Możliwość miarodajnego śledzenia długości trwania niepłodności przedowulacyjnej, a więc możliwość przewidywania owulacji na kilka dni przed jej wystąpieniem, związane są z metodą obserwacji śluzu szyjkowego.

Ad b) Zmiany cech fizycznych śluzu w przedsionku pochwy w ciągu cyklu owulacyjnego (metoda Billingsa) (p. iyc. 23c i 28).

Zmiany te uwaainkowane są ściśle zmieniającym się w ciągu

cyklu miesięcznego stężeniem hormonów płciowych. Bezpośrednio po miesiączce przez parę dni okolica przedsionka pochwy jest sucha i nie zawiera śluzu. Potem pojawia się śluz, którego konsystencja nie zmienia się z dnia na dzień i który jest lepki i gęsty. Następnie śluz ten zmienia się z dnia na dzień i staje się obfitszy i coraz bardziej przejrzysty, szklisty, śliski jak surowe białko jaja kurzego, osiągając maksymalnie takie cechy fizyczne w dniu jajeczkowania. Istotną cechą fizyczną tego śluzu jest to, że ujęty w dwa rozwierające się palce ciągnie się długą nitką. Tuż po jajeczkowaniu śluz przedsionka pochwy staje się znowu, tak jak w pierwszej fazie cyklu, gęsty, kleisty, nieprzejrzysty i taki sam każdego dnia. Te zmiany śluzu mają duże znaczenie biologiczne: śluz gęsty utrudnia wędrówkę plemnikom z pochwy głębiej do narządu rodowego, a poza tym jest barierą dla infekcji; śluz śliski, występujący przed owulacją jest korzystnym środowiskiem dla penetracji narządu rodowego przez plemniki i ułatwia proces poczęcia. Stąd określa się go czasem jako śluz „płodny”. Okazuje się, że trudności poczęcia dziecka wiążą się czasem z faktem, iż ten śluz „płodny” pojawia się niekiedy na krótko, np. na jeden dzień lub krócej.

Ciekawy i przekonujący jest fakt, iż autorzy metody obserwacji śluzu - pp. Billingsowie (małżeństwo lekarskie z Melbourne w Australii) - propagowali i weryfikowali pozytywnie tę metodę w bardzo różnych ośrodkach na świecie, i to na różnych kontynentach, zarówno w wielkich metropoliach, jak i w ośrodkach wiejskich, a nawet wśród ludów „pierwotnych” na wyspach polinezyjskich.

Ad c) Zmiany położenia, konsystencji i stopnia otwarcia szyjki macicy w ciągu cyklu owulacyjnego.

Kobieta może z łatwością sama prowadzić te obserwacje, sięgając palcem w głąb pochwy. Okazuje się, że szyjka macicy, zwykle twarda i o zamkniętym ujściu, zmienia swoją konsystencję pod wpływem wzrostu stężenia estrogenów i w okresie płodnym staje się miękka, otwarta i unosi się ku górze (p. ryc. 23e na str. 206).

Najlepsze efekty co do ustalania czasu płodności daje jednocześnie posługiwanie się kilkoma metodami, np. - jak się to określa - metodą objawowo-termiczną, a więc prowadzeniem wykresów pod-

stawowej ciepłoty ciała oraz obserwacją zmian śluzu i ewentualnie również innymi obserwacjami. Opisane powyżej metody są możliwe do stosowania u wszystkich kobiet.

Trzeba jednak wspomnieć, że - nie u wszystkich wprowadzie kobiet - mogą występować jeszcze inne objawy informujące o terminie owulacji i okresie płodności, jak np. ból owulacyjny (-zwany dawniej bólem środkowym), pojawiający się w podbrzuszu po stronię jajnika, z którego w danym cyklu dokona się owulacja, lekki ból piersi (ryc. 28), skłonność do obrzęków, zmiany usposobienia i inne.

Trzeba wspomnieć, że w zakresie naturalnego planowania rodziny dokonuje się stale, i to w skali światowej, postęp badawczy, praktyczny i organizacyjno-szkoleniowy.

Jako przykłady postępu techniczno-diagnostycznego w zakresie rozpoznawania fazy płodności i procesu owulacji można wymienić specjalne termometry elektroniczne, urządzenia do badania krystalizacji śluzu szyjkowego czy do badania oporu elektrycznego pochwy w okresie cyklu, zestawy do oznaczania stężenia hormonów płciowych surowicy krwi, czy wreszcie badania USG zjawiska owulacji.

Aby wskazać na walory naturalnego planowania rodziny jako stylu życia małżeńskiego, trzeba przede wszystkim podkreślić, że przeżycie seksualne w małżeństwie jest samo w sobie przeżyciem bardzo pięknym, umacniającym więź małżeńską i pomnażającym wzajemną miłość. Jest bardzo istotnym, choć przecież nie jedynym wyrazem tej miłości. Ta wielka wartość i piękno wspólnego przeżywania przez małżonków swojej płciowości nie zależy nawet od tego, czy akt ten w ich zamierzeniu ma mieć charakter prokreacyjny, czy też nie.

Jednakże jeśli małżonkowie stawiają sobie za cel samą przyjemność, może to okazać się bardzo groźne dla trwałości ich związku.

Coś, co jest dobre, piękne, szczęśliwe, owocne, ważne - może ulec wypaczeniu i stworzyć zagrożenie dla trwałości współżycia, jeśli zostanie uznane za sprawę absolutnie i za wszelką cenę najważniejszą.

Najważniejsza w małżeństwie i rodzinie jest wierna miłość, a wspólne przeżywanie cielesnego również oddania jest jednym z przejawów tej miłości. Nie jedynym i nawet nie najważniejszym.

I temu właśnie przyjęciu i przeżywaniu hierarchii wartości tak dobrze służy styl życia, jaki wnosi naturalne planowanie rodziny. W tym stylu życia, podporządkowanym wiernej i odpowiedzialnej miłości, przejawia się i stopniowo umacnia coraz bardziej szacunek dla współmałżonka jako dla osoby, a nie instrumentu do zadowolenia przede wszystkim fizycznego; szacunek dla życia, które chcemy wzbudzić, albo też dyktowana odpowiednimi racjami chęć uniknięcia poczęcia; szacunek dla praw natury, dla tych mikroskopowej wielkości komórek i czasu ich trwania, szacunek dla czystości biologicznej i integralności narządu rodnego i układu hormonalnego, nie zakłóconych i nie skażonych antykoncepcją.

Kilkudniowa przerwa w płodnej fazie cyklu miesięcznego kobiety (dla uniknięcia poczęcia) w efekcie uatrakcyjniają następujące po nich współżycie, pozwalają przeżyć niejako „powracanie do siebie” po kilku dniach, które są okazją do wyrażania wzajemnej miłości na różne inne — „niecielesne” - sposoby. Stwarza to jakby rytm współżycia narzeczeńsko-małżeńskiego, co jest bardzo „higieniczne psychicznie” i przedłuża — w życiu małżeństwa — świeżość i spontaniczność przeżywania płciowości. W tej sytuacji nie ma zagrożenia zblazowaniem ani wyizolowaniem sfery seksualnej od reszty osobowości, od generalnej postawy życiowej; przeciwnie: przeżywanie płciowości przez małżonków zostaje harmonijnie włączone w całość życia psychicznego, fizycznego, emocjonalnego, a także religijnego, stając się jednym z czynników przeżywania sakramentalności małżeństwa.

Naturalne planowanie rodziny - to styl życia, który wymaga dojrzałości, odpowiedzialności, kierowania sobą, ale przede wszystkim wymaga miłości i pomnaża tę miłość, wpływa bardzo korzystnie na harmonię i więź wzajemną małżonków.

Jedną z przyczyn, dla których Kościół Katolicki lansuje naturalne planowanie rodziny (= naturalne planowanie poczęć), jest właśnie fakt, iż stanowią one styl życia sprzyjający pełnemu rozwojowi człowieka, małżeństwa, miłości, a więc i dobremu i pełnemu rozwojowi tego „talentu”, jakim jest płciowość ludzka. Trzeba z naciskiem podkreślić, że nie jest demagogią stwierdzenie, iż rozwojowi

ludzkiej płciowości sprzyja nie sieć sex-shopów i kultura hedonistyczna, ale propagowany przez Kościół Katolicki styl życia, jakim jest naturalne planowanie rodziny. Trzeba podkreślać, że to nie jest metoda, ale styl życia. A praktykowaniu tego stylu służą m. in. metody rozpoznawania u kobiety faz płodności i niepłodności na podstawie znanych objawów towarzyszących tym fazom.

Walorem tych metod jest poza tym fakt, iż są one fizjologiczne, można powiedzieć „zdrowe ekologicznie”, proste i łatwo dostępne.

Warto zapoznać się z opinią Światowej Organizacji Zdrowia na temat zalet i trudności stosowania naturalnego planowania rodziny.

Jako zalety organizacja ta wymienia (cytuję wg 2): „efektywność zarówno w planowaniu, jak i nieplanowaniu poczęć, brak skutków ubocznych, wzrost samoświadomości oraz wiedzy i zaufania do siebie, większe zaangażowanie mężczyzny w planowanie rodziny, pogłębienie się więzi małżeńskiej, brak nakładów finansowych”. Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje również na wartość udokumentowanej obserwacji cykli w praktyce ginekologicznej i położniczej.

Trudności związane z naturalnym planowaniem rodziny, to według Światowej Organizacji Zdrowia (cyt. wg 2) „konieczność nauki, trwającej zwykle przez trzy cykle, częste w tym okresie kontakty z nauczycielem naturalnego planowania rodziny, stałe prowadzenie przez kobietę obserwacji i codziennych notatek, osiągnięcie wspólnej motywacji i współdziałania obojga partnerów”.

Powyższe sformułowania Światowej Organizacji Zdrowia pomijają jeszcze jedną trudność, związaną z naturalnym planowaniem rodziny. Tą trudnością jest spotykany u części kobiet fakt, iż największe seksualne pobudzenie odczuwają one zwykle właśnie w okresie płodności. A w tym właśnie okresie muszą zaniechać przeżycia seksualnego, jeśli - zgodnie z zasadami planowania rodziny - chcą uniknąć poczęcia.

Te wszystkie wymienione trudności może złagodzić i przezwyciężyć głęboka i przeżyta religijnie motywacja zgody na ten styl życia i pełne wzajemności zrozumienie tego trudu przez oboje małżonków, co bardzo wzbogaca ich miłość.

Odnosnie do naturalnego planowania rodziny i możliwości rozpoznawania faz płodności i niepłodności u kobiety - nadal pokutuje w Polsce wiele błędnych pojęć i - przede wszystkim niedoinformowanie i wręcz niewiedza.

Po pierwsze nie ma świadomości tego, że pod względem skuteczności - metody naturalnego planowania rodziny należą do grupy metod najlepszych. Wniosek taki wynika z wnikliwych badań porównawczych, a więc z uwzględnieniem różnych metod antykoncepcji, prowadzonych stale, i to na dużej liczbie ludzi, przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Stopień skuteczności metod bada się zwykle za pomocą tzw. wskaźnika Pearla; wskaźnik ten wyraża liczbę nie planowanych ciąż u 100 kobiet, stosujących badaną metodę celem uniknięcia poczęcia przez rok, a więc - inaczej określając - chodzi tu o liczbę nie planowanych ciąż na 1200 miesięcy stosowania metody (49).

Oczywiście, że skuteczność stosowanie metod naturalnego planowania poczęć nie jest automatycznie efektem formalnego zaakceptowania metody; skuteczność ta zależy od prawidłowego instruktażu i od skrupulatności stosowania metody. Istotna jest zatem także głębsza motywacja przestrzegania wskazań i zasad metody, i to przez oboje małżonków.

Jak wspomniano wyżej, naturalne planowanie rodziny-jako sposób uniknięcia poczęcia - należy do najpewniejszych metod, oczywiście pod warunkiem sumiennego respektowania jego zasad. Ale nawet przy skrupulatnym przestrzeganiu zasad tego planowania (tak jak zresztą przy stosowaniu antykoncepcji) nie dysponujemy metodami, które z całkowitą, a więc stuprocentową pewnością wykluczyłyby możliwość poczęcia.

I oto może się zdarzyć, że mimo wielkiej dyscypliny w postępowaniu małżonków, dochodzi do poczęcia dziecka, którego nie planowali. Jego zaistnienie umknęło ludzkiej przemyślności małżonków, a stało się tylko (albo aż) owocem ich miłości.

Życie dostarcza bardzo wielu przykładów, iż takie właśnie nie planowane dziecko okazuje się bardzo udane i bardzo kochane, tak że trudno wyobrazić sobie potem, że miałoby ono nie istnieć.

We wzbudzaniu życia (czasem nawet w sposób nie zamierzony) nie jesteśmy na szczęście wyłącznymi autorami, ale współtworzymy z Bogiem.

* * *

Celem tego rozdziału było przedstawienie samych zasad naturalnego planowania poczęć i nie wyczerpuje on całego materiału, jaki winien być przedmiotem szkolenia narzeczonych i małżonków (np. różnych odmian wykresów temperaturowych, rozpoznawania płodności po porodzie i w okresie karmienia itd.).

Istnieje wiele wydawnictw popularyzujących przejrzyste te różne zagadnienia (1, 2, 11, 25, 37, 38, 49, 51, 57, 59, 62, 71).

*„Wszystko ma swój czas,
i jest wyznaczona godzina
na wszystkie sprawy pod niebem.
Jest czas rodzenia i czas umierania.
.....
czas płaczu i czas śmiechu,
.....
czas pieszczot cielesnych
i czas wstrzymywania się od nich.
.....
czas milczenia i czas mówienia,
.....
Uczył wszystko pięknie w swoim czasie,
.....
na każdą bowiem sprawę i na każdy czyn
jest czas wyznaczony”.*

Koh, 3

5.6. Instytucje, ruchy społeczne i organizacje zajmujące się propagowaniem naturalnego planowania rodziny (36, 38, 63)

Panujące w Polsce błędne pojęcia odnośnie do naturalnego planowania rodziny wyrażają się również w tym, iż propagowanie tych metod jest uważane - mówiąc lekceważąco - za „parafiańszczyznę”. Rzeczywiście pionierem i pierwszym propagatorem upowszechnienia tych metod był Kościół Katolicki. Obecnie - w ramach działalności duszpasterskiej Kościoła — wysłuchanie wykładu na temat tych metod oraz instruktaż w parafialnych poradniach rodzinnych są wymaganymi od wszystkich przygotowujących się do małżeństwa elementami kursów przedmałżeńskich prowadzonych przez parafie.

Trzeba jednak zdawać sobie sprawę, że obecnie naturalne planowanie rodziny stosuje około 20 - 25% ludności świata (2).

Propagowaniem i nauczaniem naturalnego planowania rodziny zajmuje się cały szereg instytucji i organizacji na świecie i w Polsce. Najbardziej znanymi organizacjami o zasięgu międzynarodowym są:

- Międzynarodowa Federacja Popierania Rozwoju Rodziny (International Federation for Family Life Promotion - IFFLP), powstała w 1974 r.; federacja ta zrzesza 101 organizacji z 72 państw i działa w 4 strefach kontynentalnych: w Afryce - 22 organizacje w 20 państwach, w Ameryce - 34 organizacje w 18 państwach, w Azji i Oceanii - 19 organizacji w 14 państwach (dane z roku 1992). IFFLP współpracuje ze Światową Organizacją Zdrowia i Ludnościowym Funduszem Narodów Zjednoczonych oraz wydaje czasopismo „International Journal of Fertility”;
- Instytut Naturalnej Regulacji Poczęć doktora Rötzera - fNER (Institut für Natürliche Empfängnisregelung Dr. Rötzer e. V.), działający w Niemczech, Austrii, we Włoszech, Szwajcarii i w Księstwie Lichtenstein (dane z 1992 r.);
- Światowa Organizacja Metody Owulacji Billingsa (World Organization of the Ovulation Method Billings” - WOOMB); skrót

oryginalnej nazwy tej organizacji tworzy nazwę narządu rodnego w języku angielskim;

- Międzynarodowe Stowarzyszenie Lekarzy dla Naturalnego Planowania Rodziny (INAFP).

Powyżej zostały wymienione najbardziej znane i najszerzej działające, ale nie jedyne organizacje tego typu. W Stanach Zjednoczonych AP istnieje wiele instytucji, działających na zasadzie prywatnych przedsiębiorstw, zajmujących się nauczaniem naturalnego planowania poczęć. Autor zetknął się osobiście z jedną z nich w Rochester NY (Natural Family Planning Inc. in Rochester NY).

W Polsce, poza Kościołem Katolickim, który od kilkudziesięciu lat zajmuje się propagowaniem naturalnego planowania rodziny na parafialnych kursach przedmażeńskich oraz w parafialnych poradniach życia rodzinnego (zobowiązanych do przeszkolenia każdej pary narzeczeńskiej), działa kilka instytucji pozarządowych prowadzących systematycznie szkolenie i propagowanie tych metod. Są to:

- Polskie Stowarzyszenie Nauczycieli Naturalnego Planowania Rodziny (od 1989. r.), pozostające w łączności z angielskim ośrodkiem IFFLP (p. wyżej); poza działalnością prowadzoną przez 20 oddziałów krajowych, Stowarzyszenie przeprowadziło szkolenie w dziedzinie naturalnego planowania rodziny dla 151 osób z krajów Europy Wschodniej i Azji, dzięki czemu Litwa i Ukraina posiadają już własne stowarzyszenia (dane z 1998.r.); od roku 1993. Stowarzyszenie zainicjowało wydawanie dwumiesięcznika „Naturalne Planowanie Rodziny”;
- Instytut Naturalnego Planowania Rodziny wg Metody prof. J. Rótzera, powstały w 1993.r., w oparciu o doświadczenia i statut INER (p. wyżej);
- Liga Małżeństwo Małżeństwu (od 1992.r.);
- Towarzystwo Odpowiedzialnego Rodzicielstwa.

W roku 1993 został powołany przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej - Krajowy Zespół Promocji Naturalnego Planowania Rodziny.

5.7. Antykoncepcja i środki wczesnoporonne (istota, metody, szkodliwości)

W ścisłym sensie „antykoncepcja oznacza przeciwdziałanie poczęciu dziecka na drodze czasowego lub trwałego ubezplodnienia” (wg W. Fijałkowskiego). Obecne postępy techniczne w tej dziedzinie nakazują zmodyfikowanie i poszerzenie tej definicji, gdyż niektóre ze współczesnych metod uznawanych za antykoncepcyjne właściwie nie przeciwdziałają poczęciu, ale utrudniają proces przejścia zapłodnionego jajeczka przez jajowód do macicy, a przede wszystkim uniemożliwiają zagnieżdżenie się, jego w macicy (39). Są to więc właściwie środki wczesnoporonne (6) („bezkrwawe” - bo bardzo wczesne - poronienie przed rozpoczęciem się ciąży); do takich metod należą: tzw. wkładki wewnątrzmaciczne i niektóre środki hormonalne, w tym również niektóre preparaty stosowane jako doustne tabletki.

W sumie do metod i środków antykoncepcyjnych zalicza się umownie:

- a) preparaty hormonalne najczęściej w postaci doustnych tabletek, rzadziej wstrzyknięć lub implantów wszywanych do tkanki podskórnej;
- b) wkładki wewnątrzmaciczne (IUD - od angielskiej nazwy „intra-uterine devices”);
- c) środki barierowe (np. prezerwatywy);
- d) środki plemnikobójcze;
- e) stosunek przerywany;
- f) sterylizacja.

Doustne środki antykoncepcyjne.

Są to konfekcjonowane w formie tabletek doustnych (z koniecznością codziennego ich stosowania) preparaty żeńskich hormonów płciowych: estrogenów i progesteronu, w określonych dawkach i proporcji.

Mechanizm ich działania polega na: hamowaniu jajczkowania, eliminowaniu wytwarzania śluzu szyjkowego, zaburzeniu transportu i utrudnieniu zagnieżdżenia się zarodka w macicy.

Wśród objawów niepożądanych stosowania tych tabletek, jak: zaburzenia miesiączkowania, nudności, bóle głowy, uszkodzenie wątroby, zwyżka ciśnienia tętniczego, przyrost wagi ciała, depresja - najpoważniejsze powikłania wiążą się z występowaniem w różnych narządach zakrzepów i zatorów (czasem nawet mózgowych) na skutek powstawania w organizmie tzw. przeciwciał przeciwfosfolipidowych (17). Sprawa tych ostatnich powikłań jest na tyle znana, że trafia nawet na łamy prasy codziennej (14, 54). Częstość występowania tych powikłań wyraźnie wzrasta u palaczek tytoniu, u chorych na cukrzycę, nadciśnienie i u kobiet po 35 roku życia.

Hormonalne preparaty antykoncepcyjne stosowane są także we wstrzyknięciach lub jako implanty do tkanki podskórnej. Istnieją również preparaty estrogenów w dużych dawkach, stosowane jednorazowo, po stosunku, jako środek wczesnoporonny.

Innego rodzaju środkiem - również zaburzającym prawidłowe funkcje układu hormonalnego - jest znany preparat (w pigułkach) RU-486. Jest to absolutnie środek wczesnoporonny. Działa on poprzez blokowanie receptorów dla progesteronu, który jest nieodzowny dla implantacji i rozwoju płodu, a więc dla podtrzymania ciąży. Zablockowanie progesteronu przez RU-486 jest w efekcie przyczyną wczesnego poronienia.

Wkładki wewnętrzne (IUD).

Są to wprowadzane do jamy macicy wkładki, kształtki, spirale, czasem zawierające miedź i progesteron.

Wkładki te uniemożliwiają zagnieżdżenie się powstałego ewentualnie zarodka, bądź wywołują eliminację już zagnieżdżonego, a niekiedy uszkadzają zarodek. Wkładki te nie są zatem środkiem w ścisłym sensie antykoncepcyjnym, ale wczesnoporonnym. Wywołują uszkodzenie narządu rodowego, jego stany zapalne, a w związku z tym przy następnych poczęciach częściej mogą występować cięższe pozamaciczne albo wady wrodzone u dzieci donoszonych. Niepożądanymi następstwami stosowania wkładek bywają: bolesne miesiączki, stany zapalne pochwy i szyjki macicy, a niekiedy perforacja ściany macicy podczas zakładania wkładki.

Środki barierowe (prezerwatywy).

Środki te są mechaniczną barierą dla plemników. Jednak jako

metoda uniknięcia ciąży nie dorównują skutecznością omawianym wyżej sposobom. Nierzadko zawodzą również jako ochrona przed chorobami przenoszonymi drogą płciową, np. przed AIDS, jedynie zmniejszając możliwość zakażenia. W celu zwiększenia skuteczności, są nierzadko stosowane jednocześnie z innymi metodami antykoncepcyjnymi, np. plemnikobójczymi lub innymi.

Środki plemnikobójcze.

Są to środki chemiczne niszczące plemniki. Wprowadza się je doraźnie, przed stosunkiem, do pochwy, w postaci tabletek, pianek, żeli, kremów. Stosowane są najczęściej w skojarzeniu z innymi metodami antykoncepcji. Mogą drażnić miejscowo i być przyczyną lokalnych odczynów zapalnych.

Stosunek przerywany.

Praktyka ta polega na przerywaniu współżycia i wycofaniu się tuż przed wytryskiem nasienia.

Jako metoda antykoncepcji praktyka ta jest bardzo mało skuteczna, gdyż niewielka ilość nasienia wydzielająca się przed wytryskiem może wystarczyć do zapłodnienia.

Natomiast przerywanie współżycia przed przeżyciem pełnej satysfakcji jest najczęściej przyczyną zaburzeń emocjonalnych i nerwicowych, zaburzeń libido i potencji, jako następstw bardzo niefizjologicznego przeżycia.

Sterylizacja.

Jest to właściwie chirurgiczne okaleczenie narządów płciowych, polegające na uniedrożnieniu u kobiety - jajowodów, a u mężczyzny - nasieniowodów. Poza tymi skutkami somatycznymi mogą wystąpić trudności psychiczne. Prawodawstwo polskie nie zezwala na takie zabiegi.

Szkodliwości stosowania środków antykoncepcyjnych.

Bardziej znane są szkodliwości somatyczne, częściowo wspomniane już powyżej, przy omawianiu różnych metod antykoncepcji. Aby spełnić swoją rolę, środki te z założenia muszą uszkadzać czy zaburzać odpowiednie procesy fizjologiczne, nie mówiąc już o ich niepożądanych działaniach ubocznych.

Ogólna refleksja nasuwa się tu sama. Otóż żyjemy w dobie walki o czystość środowiska naturalnego i zdajemy sobie coraz bardziej

sprawę z zagrożeń wynikających ze skażeń tego środowiska, mających zresztą różne przyczyny. I wówczas, kiedy ludzie tak bardzo - i słusznie - martwią się o czystość powietrza, wody, gleby i roślinności, jednocześnie wykazują kompletną beztroskę w odniesieniu do tak ważnego dla przyszłości każdego człowieka środowiska, jakim jest narząd rodny kobiety. Środowisko to jest skażone, a stan jego i funkcje są zakłócanie na różne sposoby: na drodze mechanicznej, chemicznej czy biologicznej (hormonalnej). Stąd też w krajach zachodnich jednym z głównych motywów preferowania naturalnego planowania rodziny są względy ekologiczne, akcentowane niekiedy bardziej niż względy psychologiczne czy moralne.

Przy tym trzeba sobie zdawać sprawę, iż postęp techniczny w zakresie środków antykoncepcyjnych zmierza współcześnie coraz bardziej w tym kierunku, aby nawet w razie poczęcia uniemożliwiały one zagnieżdzenie się poczętego życia w macicy, bądź doprowadziły do ukrytej aborcji. Środki antykoncepcyjne - i to różne - stają się coraz bardziej środkami wczesnoporonnymi. A więc określenie tych środków przymiotnikiem „antykoncepcyjne” jest w pewnym sensie eufemizmem, kryjącym ponurą prawdę, iż wywołują one dyskretnie i „bezkrwawie” wczesne zniszczenie poczętego człowieka.

Mniej uświadomiony społecznie jest ten problem, iż antykoncepcja niesie za sobą wiele innych szkodliwości psychologicznych i moralnych.

Utrwała instrumentalne traktowanie współmałżonka i nieliczenie się z całą sferą jego psychofizycznej osobowości.

Antykoncepcja sprzyja oddzieleniu sfery przeżyć seksualnych od całości i trwałości więzi emocjonalnej i osobowej.

Wspólne przeżywanie płciowości w małżeństwie może sprowadzić się wówczas tylko do doznania fizycznego zadowolenia, zamiast żeby było także, a raczej przede wszystkim, przeżywaniem pełnej i odpowiedzialnej miłości i w zgodzie z własnym rytmem płodności, a więc z wzajemną fascynacją i szacunkiem wobec osoby współmałżonka i wobec praw natury.

Piętnem i złem antykoncepcji jest fakt, iż rodzi się ona przede

wszystkim na zamówienie amatorów przygodnych, a nie trwałych kontaktów seksualnych, i to jest zresztą główną sferą jej funkcjonowania.

Trzeba wreszcie wspomnieć o jednym z bardzo groźnych następstw antykoncepcji. Otóż nierzadko jest ona wstępem do decyzji przeprowadzenia aborcji.

Problem polega na tym, iż nie ma metod, które ze stuprocentową pewnością pozwoliłyby uniknąć nie planowanego poczęcia. Naturalne planowanie rodziny jest jedną z najpewniejszych metod i pod tym względem.

Zawsze więc może się zdarzyć nie zamierzone poczęcie dziecka, zarówno w małżeństwie stosującym antykoncepcję, jak i w małżeństwie żyjącym stylem naturalnego planowania rodziny.

Praktyka życia wykazuje, że ludzie szanujący prawa natury i terminy płodności są bardziej skłonni uszanować i życie poczęte w sposób niezamierzony niż ci, którzy nie liczą się z prawami natury, których nie obchodzą terminy płodności, którzy z góry przekreślają poczęcie, używając środków ubezdławiających. Ci drudzy nierzadko za decyzją antykoncepcji podejmują - w razie jej niepowodzenia - decyzję aborcji. Stwierdzenie powyższe jest znanym faktem, a nie demagogiczną wypowiedzią. Przekonuje o tym obserwacja tego zjawiska społecznego.

Reasumując: trwałe stosowanie w małżeństwie praktyk antykoncepcyjnych jest źródłem pewnej specyficznej deformacji psychologicznej i moralnej w podejściu małżonków do spraw życia i do przeżywania swej płciowości. Tę „szkodę psychiczną” określa się niekiedy terminem „mentalności antykoncepcyjnej”. Elementami bądź następstwami tego rodzaju mentalności bywają - jak już zresztą wspomniano wyżej - fetysz zmysłowego doznania orgazmu, a nie miłość jako dominanta w przeżywaniu płciowości; przeżywanie jej instrumentalne, a nie osobowe; nastawienie bardziej autoerotyczne niż współprzeżywanie miłości; nierzadko konflikty między osobami nie traktującymi się „osobowo”; nieodpowiedzialność i wreszcie zagrożenie decyzją spowodowania aborcji.

„...Refleksja teologiczna winna uchwycić, a następnie, zgodnie

ze swoim powołaniem, uwydatnić różnicę antropologiczną, a zarazem moralną, jaka istnieje pomiędzy środka/ni antykoncepcyjnymi, a odwołaniem się do rytmów okresowych: chodzi tu o różnicę znaczną większą i głębszą niż się zazwyczaj uważa, która w ostatecznej analizie dotyczy dwóch, nie dających się ze sobą pogodzić, koncepcji osoby i płciowości ludzkiej”.

Jan Paweł II, „Familiaris consortio”, Adhortacja Apostolska o zadaniach rodziny chrześcijańskiej w świecie współczesnym, art. 32, rok 1981.

5.8. Zagadnienia aborcji

„Życie jest najpiękniejszym darem Boga...Jak już wielokrotnie mówiłam w wielu miejscach, tym co najbardziej niszczy pokój we współczesnym świecie, jest aborcja -ponieważ jeśli matka może zabić swoje własne dziecko, co może powstrzymać ciebie i mnie od zabijania się nawzajem?

Najbezpieczniejszym miejscem na świecie powinno być łono matki, gdzie dziecko jest najsłabsze i najbardziej bezradne. W pełni zaufania całkowicie zdane na matkę. I pamiętajcie, że Jezus powiedział: „ Wszystko, co uczyniliście jednemu z tych braci moich najmniejszych, mnieście uczynili” (Mt 25,40).

Z LISTU MATKI TERESY Z KALKUTY, MISJONARKI
MIŁOŚCI, Z DNIA 24. WRZEŚNIA 1996 R. DO POLAKÓW.

5.8.1. Problem człowieczeństwa poczętego życia ludzkiego

Praktyka aborcji (a więc nie poronień samoistnych, niezamierzonych, czyli „chorobowych”, ale umyślnie wywołanych) jest wynikiem ignorowania człowieczeństwa poczętego dziecka, ignorowania (czy braku) miłości do dziecka, a wreszcie ignorowania szkodliwości aborcji dla organizmu matki.

Zagadnienie człowieczeństwa poczętego życia ludzkiego jest ciągle przedmiotem dyskusji w wielu środowiskach.

Nie ma wątpliwości co do tego, że dziecko urodzone o czasie, czy nawet tzw. „wczesniak”, jest człowiekiem.

Natomiast ten sam organizm, ale we wcześniejszej (czy najwcześniejszej) fazie rozwoju (której?), człowiekiem - według niektórych dyskutantów - nie jest.

Powstaje wobec tego pytanie: w jakim momencie to poczęte życie ludzkie staje się człowiekiem i mają mu przysługiwać prawa ludzkie; czy wtedy, gdy formują się narządy, czy gdy ma określoną wielkość (długość, wagę)? Można by tu dojść do takiego absurdałnego myślenia, że np. embrion długości - powiedzmy 10 cm albo liczący 3 miesiące życia — nie jest jeszcze człowiekiem, a embrion liczący np. 10,5 cm lub 3V₄ miesięcy życia -już jest człowiekiem.

Człowieka ani człowieczeństwa nie da się mierzyć ani centymetrem, ani kalendarzem.

Podstawowym naukowym kryterium, jakiego dostarcza współczesna genetyka, jest fakt, iż zawarty w DNA materiał genetyczny zapłodnionej komórki warunkuje, iż może z niej powstać tylko człowiek, a nie żaden inny twór biologiczny. Konstatacja ta nie jest wytworem jakiejś ideologii, ale jest stwierdzeniem faktu biologicznego. Ponadto wiadomo, że materiał genetyczny zygoty nie jest identyczny z materiałem genetycznym matki (komórka ta nie jest więc częścią organizmu matki), ale zawiera materiał genetyczny od ojca i od matki (po 50%), stanowiąc indywidualny twór.

Jak ujął to lapidarnie dr M. S. Gilbert (USA), „*życie każdego z nas rozpoczęło się w bliżej nieokreślonym i umykającym uwagi momencie, kiedy plemnik wśliznął się do dojrzałej komórki jajowej*” (cyt. za 50).

I dlatego Hipokrates, kierując się tym przekonaniem o człowieczeństwie poczętego życia, włączył do tekstu przysięgi lekarskiej postulat: „...nie dam nigdy niewieście środka poronnego”, a uczynił to na wiele wieków przed pojawieniem się chrześcijaństwa.

Poddawanie w wątpliwość człowieczeństwa poczętego życia ludzkiego nie ma żadnych podstaw **intelektualnych** i naukowych.

Nikt nie jest w stanie **naukowo** udowodnić, że poczęte życie ludzkie nie jest człowiekiem.

Ale spróbujmy na chwilę, dyskutując na ten temat, wyjść na przeciw siebie i na chwilę zgodzić się, że nie ma pewności co do tego, kiedy zarodek ludzki staje się człowiekiem. Jak wówczas odnieść się do szacunku dla tego poczętego życia? Przytoczę tu ciekawą wypowiedź w tej sprawie posła Adama Michnika z debaty sejmowej w 1991 r.: „*Ja tu nie chcę się wdawać w spór, od którego momentu zaczyna się życie ludzkie. Ja tego nie wiem. (..) natomiast wiem jedno, że ponieważ nie wiem, gdzie zaczyna się życie ludzkie, to zakładam, że nie w mojej mocy jest decydować, gdzie można je przerwać*” (34).

Znany jest także przykład szacunku dla życia ludzkiego nawet w sytuacji, gdy nie ma pewności co do jego istnienia, ale jednocześnie nie można wykluczyć tej możliwości. Otóż gdy na polowaniu myśliwy słyszy ruchy skrytej za gałęziami jakiejś istoty żywej, to nie strzela w tym kierunku, dopóki nie przekona się, że nie ma tam człowieka.

Ludzi wątpiących w człowieczeństwo poczętego dziecka w najwcześniejszych stadiach jego życia embrionalnego można by zapytać, czy patrząc na dojrzałego człowieka mają wątpliwości co do tego, że na etapie zygoty, embrionu, człowiek ten był już istotą ludzką? Czy nie jest jasne dla tych wątpiących, że to temu właśnie (aktualnie dorosłemu) człowiekowi odebrano by życie, gdyby spowodowano albo przyzwolono na zniszczenie go na etapie embrionu? Ale miłość rodzicielska i szacunek dla jego życia sprawiły, że od początku - a więc od okresu „zygoty” - został potraktowany przez swoich rodziców nie jako „część organizmu matki”, ale jako odrębna jednostka ludzka.

Najistotniejszym przeto motywem uszanowania i przyjęcia poczętego dziecka (odrębnego człowieka, żyjącego czasowo w organizmie matki) winna być świadomość jego pełnego człowieczeństwa oraz miłość do tego własnego dziecka, które powołaliśmy do życia.

Warto tu przytoczyć opinię znanego amerykańskiego ginekologa dr med. Bernarda Nathansona z Nowego Jorku, kierownika kliniki, zajmującej się przez szereg lat wykonywaniem sztucznych poronień. Po latach uprawiania tej działalności dr Bernard Nathanson wyznał: „*Jestem odpowiedzialny za 75 tysięcy zabiegów przerwania ciąży, wykonanych w prowadzonej przeze mnie klinice. Nie jestem ciemniakiem ani człowiekiem prymitywnym. Nie jestem katolikiem ani protestantem. Jestem Żydem i w dodatku kompletnym ateistą. Moje nawrócenie nie jest podyktowane ani motywami religijnymi, ani etycznymi; jest ono wyłącznie naukowe i technologiczne. Po prostu doszedłem do wniosku, że nie ma żadnej różnicy między 12-tygodniowym a 28-tygodniowym płodem. Powinny być traktowane kompletnie tak samo. Dokonanie zabiegu przerwania ciąży jest dzieciobójstwem. Zabijany płód doznaje takich samych cierpień, jak dorosły torturowany skazaniec*” (4, 35).

Doktor B. Nathanson jest twórcą znanego filmu krótkometrażowego „Niemy krzyk” (Silent scream), ukazującego zabójstwo dziecka w łonie matki w 12. tygodniu życia. Jest to obraz ultrasonograficzny przebiegu aborcji. Obraz ultrasonograficzny jest podobny do obrazu rentgenowskiego i przypomina jakby „teatr cieni”. W pewnym momencie widać na ekranie otwierające się usta cierpiącego dziecka; to jest właśnie ten „niemy krzyk”. Film ten jest bardzo wart upamiętnienia.

Dr Bernard Nathanson nawrócił się na chrześcijaństwo i w siedemdziesiątym roku swego życia (w 1996 r.) przyjął chrzest w katolickiej katedrze św. Patryka na Manhattanie w Nowym Jorku (61).

Powszechna jest nieznajomość faktu, że dziecko zabijane w łonie matki cierpi (4).

Niektórzy zwolennicy aborcji są tego świadomi i zalecają znieczulanie płodów, zwłaszcza w czasie dokonywania tzw. „późnych aborcji”. Ten „humanitarny” gest aborcjonistów wobec dziecka zabijanego w łonie matki jest jednocześnie wyrazem jakiegoś koszmarnego cynizmu ich postawy wobec życia.

5.8.2. Sprzeczności w prawodawstwie polskim w określaniu człowieczeństwa poczętego życia ludzkiego

A jak polskie prawodawstwo z okresu ostatnich dziesięcioleci odnosi się do zagadnienia „człowieczeństwa” poczętego życia ludzkiego? Jest to sprawa bardzo znamienita, niezmiernie ciekawa i dramatyczna.

Jak wiadomo, od roku 1956. funkcjonowała ustawa z dnia 27. IV. 56. (z jej późniejszymi przepisami wykonawczymi), dopuszczająca tzw. „przerywanie ciąży”, czyli praktycznie zabijanie dzieci poczętych, jeżeli przemawiają za tym wskazania lekarskie, trudne warunki życiowe kobiety ciężarnej lub jeśli istnieje uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku przestępstwa (65).

Wielkim krokiem naprzód w naprawieniu tego zła była ustawa z dnia 7. I. 1993 r. (66), w której wśród warunków usprawiedliwiających niekaralność przeprowadzenia poronienia nie wymienia się już „trudnych warunków życiowych kobiety ciężarnej”.

Niestety, w roku 1996. (30. VIII.) pojawiła się - zmieniająca poprzednie ustalenia - nowa ustawa (67), w której przywrócono dopuszczalność przerywania ciąży, jeśli „kobieta ciężarna znajduje się w ciężkich warunkach życiowych lub trudnej sytuacji osobistej”. Określenia te - nota bene bardzo nieprecyzyjne - stwarzają możliwość bardzo szerokiej i dowolnej ich interpretacji.

Rok 1997. przyniósł znowu pozytywną zmianę w tym zakresie. Otóż Trybunał Konstytucyjny orzekł, iż „ciężkie warunki życiowe lub trudna sytuacja osobista” kobiety ciężarnej nie mogą być warunkiem uzasadniającym dopuszczalność przerywania ciąży. To uchylone stwierdzenie stanowiło punkt 4. ustępu 1. „art. 4a”, zawartego w art. 1. p. 5. ustawy z 30. VIII. 1996 r. Obwieszczenie Prezesa Trybunału Konstytucyjnego w wymienionej sprawie zostało wydane 18. XII. 1997 r. (41). Nadal wszakże, zgodnie z Ustawą z 30. VIII. 96 r. przerywanie ciąży może być w Polsce dokonywane, gdy: 1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej (p. s. 244); (2) badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wska-

zują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu; 3) zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.

W tymże samym polskim prawodawstwie obowiązuje od 1964 r. ustawa pod tytułem: „Kodeks rodzinny i opiekuńczy” (23), która w paru sformułowaniach jednoznacznie przyznaje poczętemu życiu ludzkiemu prawa człowieka, i to bez względu na czas trwania ciąży, a więc bez żadnych ograniczeń czasu, licząc od chwili poczęcia. Takie sformułowania o człowieczeństwie i prawach człowieka przysługujących poczętemu życiu ludzkiemu przed urodzeniem są zawarte w dwóch artykułach „Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego”:

1) art. 75.: „*Można uznać dziecko nawet nie urodzone, jeżeli zostało już poczęte* ...

W artykule tym chodzi o prawne uznanie nie urodzonego jeszcze dziecka za swoje, bez względu na czas trwania ciąży, a więc nawet wówczas, gdyby badania biologiczne potwierdziły fakt istnienia najwcześniejszych stadiów ciąży.

2) art. 182.: „*Dla dziecka poczętego, lecz jeszcze nie urodzonego, ustanawia się kuratora, jeżeli jest to potrzebne do strzeżenia przysługujących praw dziecka. Kuratela ustaje z chwilą urodzenia się dziecka*”.

I w tym artykule poczęte życie ludzkie określone jest jako dziecko, a więc człowiek.

Również w Kodeksie Cywilnym (22) w art. 927. § 2. czytamy: „*Dziecko w chwili otwarcia spadku już poczęte, może być spadkobiercą, jeżeli urodzi się żywe*”.

I w tym także artykule dziecko zaledwie poczęte uznane jest za osobę ludzką, której przysługują określone prawa.

Sformułowania powyższe cieszą i powinno się w społeczeństwie polskim upowszechniać ich znajomość.

Wszakże zestawienie zacytowanych wyżej fragmentów polskiego prawodawstwa z innym sformułowaniem tegoż samego polskiego prawodawstwa, unikającym - w stosunku do poczętego życia ludzkiego - określenia „dziecko” i przewidującym możliwość abor-

cji, przerwania „ciąży” - takie zestawienie stwarza obraz tragicznej sprzeczności. W jednych artykułach prawnych poczęte życie ludzkie jest dzieckiem, a w innych jest „ciążą”, którą można przerwać.

Wiedzę o tej tragicznej sprzeczności także należy upowszechniać.

Jeśli odmówić prawa do urodzenia i życia poczętemu, ale jeszcze nie urodzonemu - a więc bezbronnemu - dziecku, dlatego że jest ułomne, albo że pojawienie się jego wśród żyjących zbytnio obciążałoby rodzinę i społeczeństwo, to - idąc konsekwentnie za takim rozumowaniem — czemu nie można by pozbawić życia ludzi starych, niedołężnych, chorych i praktycznie nieproduktywnych, którzy są ciężarem dla rodziny i społeczeństwa, ciężarem psychologicznym i ekonomicznym? A więc od zaakceptowania aborcji jest logiczny krok do eutanazji. W zakresie takiej przeciwnej życiu mentalności motywy odebrania życia dziecku poczętemu i niedołężnemu starcowi są analogiczne. A człowieczeństwo poczętego dziecka i niedołężnego starca jest identycznym człowieczeństwem.

5.8.3. Problem zagrożenia zdrowia czy życia matki przez proces biologiczny ciąży i sprawa tzw. „wskazań lekarskich” do przerywania ciąży

Pozostaje do rozważenia jako motyw przeprowadzenia aborcji, fakt zagrożenia zdrowia czy życia matki przez ciążę.

Trzeba tu mocno podkreślić dwie sprawy: po pierwsze zagrożenie zdrowia czy życia matki przez proces biologiczny, jakim jest ciąża, jest możliwe, ale zdarza się to niezmiernie rzadko. Jest zdarzeniem zupełnie wyjątkowym; nie tak, jak demagogicznie, niezgodnie z prawdą przedstawiają to zwolennicy aborcji; po drugie rzekome zagrożenie zdrowia i życia matki przez ciążę jest zupełnie kłamliwie i nieuczciwie nadużywane jako motyw przeprowadzania aborcji. Warto tu przytoczyć wyniki liczbowe badania statystycznego na dużej liczbie przypadków, przeprowadzonego przez lekarza ginekologa w szpitalu klinicznym jednego z dużych miast polskich. Otóż lekarz ten (samodzielny pracownik naukowy) zgromadził kar-

ty chorobowe wszystkich pacjentek skierowanych do kliniki ginekologicznej celem wykonania aborcji, w okresie od lipca 1973 r. do grudnia 1974 r. Pacjentek tych, u których dokonano aborcji, było - w ciągu tego półtorarocznego okresu - 857. W 846 przypadkach motywem przeprowadzenia aborcji były tzw. „wskazania społeczne”. Jedynie w 11 przypadkach dokumentacja lekarska zawierała jako powód przeprowadzenia aborcji - „wskazania lekarskie”. Dokładna analiza dokumentacji szpitalnej tych 11 przypadków, którym nadano „szyld”: wskazania lekarskie, nie zawierała praktycznie żadnych danych o stanach chorobowych, stanowiących zagrożenie dla zdrowia i życia tych matek w związku z ciążą. W dwóch przypadkach były wzmianki o niedyspozycjach, nie stwarzających żadnego zagrożenia. A więc nieprecyzyjne pojęcie tzw. „wskazań lekarskich” do przerwania ciąży jest najczęściej wyrazem łatwizny, cynizmu, czy wręcz kłamstwa.

Nie można zaprzeczyć, iż - choć bardzo rzadko - może zdarzyć się, iż ciąża stanowi zagrożenie dla zdrowia czy życia matki, np. znany autorowi przypadek ciężkiego uszkodzenia wątroby w następstwie jej wirusowego zapalenia u kobiety ciężarnej. W tym przypadku wydobyto dziecko cięciem cesarskim w szóstym miesiącu ciąży. Matkę uratowano. Dziecko nie przeżyło, ale trzeba nadmienić, iż miało to miejsce ponad trzydzieści lat temu. Współczesny postęp medyczny i techniczny, z wykorzystaniem odpowiednio wyposażonych inkubatorów, pozwala na ratowanie i utrzymanie przy życiu dzieci wydobytych przedwcześnie drogą cięcia cesarskiego, np. w przypadkach tzw. zatrucia ciążowego (gestozy).

W przebiegu ciąży może również wystąpić sytuacja zagrożenia dla zdrowia czy życia matki lub/i dziecka w związku z koniecznością podjęcia szczególnych metod leczenia, np. konieczności operacji matki z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego czy konieczności operacyjnego usunięcia nowotworu i farmakoterapii przeciwnowotworowej.

W takich przypadkach współczesny postęp medycyny stwarza duże możliwości leczenia i ratowania życia matki, chociaż zdarza się, iż ratując matkę, nie udaje się jednocześnie zachować życia dziecka.

Obok postępów medycyny najważniejsze jest jednak to, aby lekarz nie szedł na łatwiznę - jeśli tak można w ogóle powiedzieć - decyzji o aborcji, ale aby lecząc matkę miał również na względzie życie dziecka, i aby maksymalnie starał się w tym kierunku korzystać z niewątpliwych postępów medycyny w dziedzinie ratowania ludzkiego życia.

Trzeba tu zaznaczyć, że operacja tzw. ciąży pozamaciczej, polegająca na usunięciu jaja płodowego, nie jest aborcją, co wyjaśnia poniższy komentarz.

Otóż ciąża pozamaciczna (ektopowa) (3) jest następstwem zagnieżdżenia się zarodka poza jamą macicy, najczęściej w jajowodzie. Czynniki usposabiającymi do występowania takiego zaburzenia są: stosowanie różnych metod antykoncepcji (hormonalnej, a zwłaszcza wkładek wewnątrzmacicznych), przebyte poronienia z koniecznością wyłuszczenia jamy macicy oraz stany zapalne narządu rodowego, będące nierzadko następstwem dwóch poprzednich czynników. Czasem jednak ciąża pozamaciczna występuje mimo braku wymienionych wyżej czynników ryzyka. Zarodek - w warunkach ciąży ektopowej — nie ma żadnych szans przeżycia i najczęściej w chwili rozpoznania (zwłaszcza jeśli doszło do pęknięcia jajowodu i krwotoku wewnętrznego) ciąża jest „martwa”. Leczenie chirurgiczne polega na usunięciu jaja płodowego, najczęściej z całym jajowodem. Nie ma to nic wspólnego z aborcją.

5.8.4. Fizyczne i psychiczne szkodliwości aborcji

Obok najważniejszego motywu uszanowania poczętego dziecka, jakim jest fakt jego człowieczeństwa, trzeba wskazać na bardzo istotny i niedostatecznie uświadomiony społecznie problem szkodliwości aborcji dla organizmu matki; szkodliwości zarówno fizycznych, jak i psychicznych.

Uświadomienie sobie tych szkodliwości mogłoby samo przez się odwieść wiele kobiet od decyzji przeprowadzenia aborcji. Nie chodzi tu o straszenie, ale o rzetelny rachunek strat biologicznych i psy-

chicznych, o rozwanie złudzeń co do tego, że zabicie poczętego dziecka może nie mieć szkodliwych konsekwencji dla kobiety, że może być jakoby lepszym wyjściem niż kontynuacja ciąży. Dla uświadomienia sobie, do jakiego stopnia aborcja jest procesem нефизjologicznym, warto przypomnieć opisany szczegółowo wyżej (s. 216) proces fizjologicznego porodu).

Dla dokonania fizjologicznego porodu siłami natury macica ciążarna przygotowuje się przez około 9 miesięcy, ulegając w ciągu tego czasu znacznym ilościowym i jakościowym zmianom, i to zarówno anatomicznym, jak i funkcjonalnym. Dość powiedzieć, że masa macicy wzrasta 20-krotnie, jej pojemność 2000-krotnie, a włókna mięśniowe ściany mięśnia macicy powiększają się 10-krotnie. Pod koniec ciąży największy masyw mięśnia macicy jest w jej dnie, co sprawia, że w toku porodu cała jej energia obkurczająca zamienia się na siłę wydalającą dziecko z całym tzw. jajem płodowym, „krok za krokiem”, ku wyjściu na zewnątrz.

Zanim to nastąpi, dochodzi w początkowej fazie porodu do „spłukania” kanału rodowego wodami płodowymi, a to w chwili pęknięcia worka owodniowego na skutek ciśnienia wywieranego przez przypartą do kanału rodowego główkę dziecka. Siła tego przyparcia jest następstwem silnych skurczów wykształconego odpowiednio mięśnia macicy.

W toku aborcji, a więc w pierwszych tygodniach czy miesiącach trwania ciąży, macica zupełnie nie jest przygotowana do wydalenia jaja płodowego i żadne z opisanych wyżej celowych mechanizmów zapewniających prawidłowe wydalenie jaja płodowego nie są w tym okresie aktualne (brak przygotowania kanału rodowego, brak jego spłukania wodami płodowymi, brak jednokierunkowej akcji nie wykształconego dostatecznie mięśnia macicy). A do tego dochodzi jeszcze wprowadzenie narzędzi do jamy macicy i konieczność wyłuszczenia resztek jaja płodowego. Toteż, praktycznie biorąc, nie ma poronienia bez zainfekowania jamy macicy, choćby nawet nie przybrało to formy zakażenia o doraźnie ciężkim przebiegu. Infekcje te mogą wszakże doprowadzić w późniejszym okresie do przewlekłych zapaleń narządu rodowego, co z kolei może dawać inne wtórne kon-

sekwencje, np. zapalenie przydatków (jajowodów), ciążę pozamaciczną, czasem niepłodność.

Powikłania po aborcji można zatem podzielić na:

- 1) bezpośrednie, jak uraz macicy czy krwotok;
- 2) późniejsze: są to ostre stany zapalne narządu rodного z powikłaniami infekcyjnymi;
- 3) odległe: przewlekłe stany zapalne, ciąża pozamaciczna przy następnym poczęciu, niekiedy niepłodność, zaburzenia hormonalne, w tym również zaburzenia w miesiączkowaniu.

Znane są również szkodliwe wpływy przebytego poronienia na następną ciążę (5). Okazuje się, że u kobiet, które ronily, wyraźniej częściej niż u kobiet bez przebytych poronień występują przy następnych ciążach różne powikłania, a więc:

- poronienia samoistne - trzy razy częściej;
- porody niewczesne (między 16. a 28. tygodniem) - trzy razy częściej;
- porody przedwczesne (od 28. tygodnia) - dwa razy częściej;
- ciąża pozamaciczna - trzy razy częściej;
- krwawienia podczas ciąży - pięć do siedmiu razy częściej.

Nie ma więc wątpliwości co do tego, że aborcja niesie wiele zagrożeń dla fizycznego zdrowia kobiety, a przede wszystkim dla jej narządu rodного. Zdają sobie z tego sprawę nawet ci, którzy odmawiają poczętemu dziecku człowieczeństwa i nie widzą problemu moralnego w odebraniu mu życia.

Szkodliwość poronień występuje również i w sferze psychicznej (53). Kobieta decydująca się na aborcję ma świadomość macierzyństwa (choć niekiedy tłumi w sobie tę myśl). Razem z fizyczną zagładą dziecka nie udaje się jej jednak wymazać z pamięci tego, że w konkretnym momencie swego życia została matką człowieka, któremu nie dała żyć i rozwijać się samodzielnie. To rodzi poczucie winy, bardzo często nie malejące z upływem czasu. Niekiedy nawet po latach widok innych dzieci czy młodych ludzi przywodzi do wyobraźni nieznaną postać własnego dziecka, któremu odmówiono prawa do życia. To poczucie winy prowadzi niekiedy do stanu depresji czy nerwicy (tzw. „zespół poaborcyjny”) (53).

Kobieta decydująca się na pozbawienie życia swego dziecka oczekuje czasem podświadomie, że ktoś - ojciec dziecka czy lekarz - odwróci bieg tej decyzji, nie dopuści do jej realizacji, że zaakceptuje ją, jej dziecko i cały jej los. Jakże często to podświadome oczekiwanie nie spełnia się, a fakt dokonania aborcji rodzi nienawiść do lekarza, do rodziny, do ojca dziecka, nawet jeżeli jest jej mężem. W tej sytuacji między dwojgiem młodych ludzi nie związanych małżeństwem prawie nigdy nie dochodzi do trwałego związku. Zniszczenie własnego dziecka prowadzi do zniszczenia czy okaleczenia uczucia, które ich łączyło. Podobne przeżycie w małżeństwie jest także zagrożeniem jego harmonii i trwałości.

Błędem byłoby stwierdzenie, że każda kobieta i po każdym przerwaniu ciąży doznaje wszystkich opisanych wyżej szkodliwości. Różne choroby i zaburzenia psychicznego czy fizycznego stanu zdrowia - w tym również i choroby narządu rodного — mogą występować u kobiet, które nigdy nie przeżyły poronienia ani aborcji. Niemniej przerwanie ciąży nigdy nie przebiega bez większego czy mniejszego okaleczenia ciała czy psychiki człowieka.

Jeśli warto się czegoś bać, to nie porodu, ale właśnie aborcji.

* * *

Z zadowoleniem i uznaniem trzeba odnotować pojawienie się w polskim prawodawstwie w roku 1981 rzetelnej informacji o szkodliwości aborcji, o obowiązku poinformowania o tym kobiety ciężarnej zamierzającej przeprowadzić „zabieg” oraz o obowiązku zapewnienia kobiecie troskliwej opieki zdrowotnej, a - w razie potrzeby - również pomocy społecznej, jeśli w wyniku perswazji lekarza odstąpi ona od pierwotnego zamiaru przerwania ciąży i zdecyduje się na jej utrzymanie. Powyższe treści są zawarte w Instrukcji nr 11/81 Ministrów: Zdrowia i Opieki Społecznej, Komunikacji, Obrony Narodowej oraz Spraw Wewnętrznych, z dnia 21. IX. 1981 r. „W sprawie niektórych wymagań związanych z przerywaniem ciąży w zakładach społecznej służby zdrowia” (16).

Jakkolwiek instrukcja ta nie uchylała możliwości przerywania ciąży, przewidzianych istniejącym ustawodawstwem, to jednak była

istotnym krokiem naprzód w kierunku upowszechnienia - i to głosem władz PRL - obiektywnej prawdy o szkodliwości aborcji i o celowości, a nawet obowiązku podejmowania w konkretnych przypadkach prób odwiedzenia kobiety od zamiaru zniszczenia ciąży. Wyjątki tej instrukcji zasługują na przytoczenie w pełnym brzmieniu i na upowszechnienie ich treści:

„Zabieg przerwania ciąży nigdy nie jest obojętny dla zdrowia psychofizycznego kobiety. Niejednokrotnie skutkiem zabiegu, wykonanego nawet w najlepszych warunkach i z zachowaniem wszystkich wymogów wiedzy medycznej, mogą być groźne dla zdrowia i życia kobiety powikłania bezpośrednie lub przewlekłe choroby narządu rodnego, prowadzące m.in. do wtórnej niepłodności lub niemożności donoszenia ciąży. Szczególne niebezpieczeństwo wystąpienie powikłań stanowi przerwanie pierwszej ciąży.

Ponadto w każdym przypadku zabieg przerwania ciąży stanowi poważny uraz psychiczny dla kobiety. „ (Wyjątek ze wstępu)

„ Obowiązkiem lekarza jest poinformowanie kobiety o szkodliwościach zdrowotnych zabiegu przerwania ciąży, zwłaszcza ciąży pierwszej, oraz wnikliwe rozważenie i omówienie motywów, które zdaniem składającej oświadczenie zmuszają ją do przerwania ciąży, jak również podjęcie próby odwiedzenia kobiety od zamiaru przerwania ciąży”. (§ 2. p. 2.)

„ Jeżeli kobieta w wyniku rozmowy z lekarzem zmieni swój pierwotny zamiar i zdecyduje utrzymać ciążę, lekarz powinien zapewnić jej szczególnie troskliwą opiekę zdrowotną, a w razie potrzeby — wskazać możliwości uzyskania pomocy społecznej”. (§ 4.)

O destrukcyjnej - dla człowieka i społeczeństwa - roli antykoncepcji i - przede wszystkim - poronień wiedzieli dobrze hitlerowscy okupanci, którzy podczas wojny wykorzystywali także te dziedziny do walki ze społeczeństwem polskim. Świadczy o tym poniższy wyjątek z memoriału dr E. Wetzla i G. Hechta z urzędu do spraw polityki rasowej NSDAP w Berlinie, w sprawie traktowania ludności okupowanej Polski, z dnia 25. listopada 1939 r. (cyt. wg 44):

„Należy się obawiać, że polska ludność będzie się rozmnażała dalej, mniej więcej w tym samym stopniu, co przed wojną.(...) Nie-

mieckie prawo nie ma żadnego interesu w narodowym podniesieniu polskiej ludności. (...) Wszystkie środki, które służą ograniczeniu rozrodczości, powinny być tolerowane albo popierane. Spędzanie płodu musi być na obszarze, polskim niekaralne. Środki służące do spędzania płodu i środki zapobiegawcze mogą być w każdej formie publicznie oferowane, przy czym nie może to pociągać za sobą jakichkolwiek policyjnych konsekwencji. (...) Przeciwno instytucjom i osobom, które trudnią się zawodowo spędzaniem płodu, nie powinny być wszczynane policyjne dochodzenia”.

Trudno przemilczeć fakt, iż powyższy cytat był załącznikiem do listu skierowanego 8 maja 1974 r. „Do wiernych Archidiecezji Krakowskiej w obronie życia nienarodzonych” przez ówczesnego metropolitę krakowskiego Karola kardynała Wojtyłę.

5.8.5. Realne możliwości obrony życia dzieci poczętych

Ponury tragizm, smutek i zło zawarte w przytoczonym wyżej tekście niech zrównoważy nasza współczesna świadomość bardzo wielu przejawów dobra, dziejącego się w świecie i w Polsce na rzecz obrony życia dziecka w pierwszej, wewnątrzmacicznej fazie jego rozwoju. Działa w tej dziedzinie przede wszystkim Kościół Katolicki, wielu ludzi oraz różne organizacje i instytucje, jak:

- Ruch Obrony Życia Dzieci Poczętych „Pro Familia” (od 1982 r.);
- Ruch Obrony Życia „Gaudium Vitae”(od 1980 r.);
- Ruch Obrony Życia im. Ks. Jerzego Popiełuszki (od 1984 r.);
- Fundacja SOS Obrony Poczętego Życia (od 1989 r.),
- „Human Life International - Europa” z siedzibą w Gdańsku, instytucja prowadząca „Klub Przyjaciół Ludzkiego Życia”.

Istnieje też wiele „domów samotnej matki” prowadzonych przez diecezje, przez różne organizacje, także przez Towarzystwo Przyjaciół Dzieci oraz przez inne instytucje państwowe. W domach tych jest możliwość urodzenia dziecka, uzyskania wskazówek i pomocy na „start” macierzyński bądź oddania urodzonego dziecka do adopcji, na co czeka (w kolejce!) wiele nieplodnych małżeństw. Obecnie

jest w Polsce około siedemdziesięciu Ośrodków Adopcyjno-Opiekuńczych. Pięćdziesiąt publicznych, prowadzonych przez samorządy, we wszystkich miastach wojewódzkich (w Warszawie są dwa) i tych, które były do niedawna miastami wojewódzkimi. Oprócz tego jest kilkanaście Ośrodków niepublicznych, wśród nich kilka katolickich w stolicach diecezji; parę prowadzonych przez Towarzystwo Przyjaciół Dzieci.

W powiatach, w których takiego Ośrodka nie ma, zadania jego wykonuje Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (lub inny podmiot na jego zlecenie).

W każdym województwie w jednym z Ośrodków publicznych prowadzi się bank danych o dzieciach oczekujących na przysposobienie i o kandydatach zakwalifikowanych do pełnienia funkcji rodziny zastępczej oraz o rodzicach zgłaszających gotowość przysposobienia dziecka. O tych realnych możliwościach uratowania życia poczętych dzieci należy wiedzieć (łącznie z adresami domów w danym rejonie) i o tym ludzi informować.

Jako symbol tych dobrych działań można także przytoczyć inicjatywę chyba najskromniejszą i najmniej znaną[^] bo dotyczącą nie-licznego kręgu młodzieży, skupionej wokół O.O. Kapucynów w Warszawie. Młodzież ta zredagowała i wydała na Dzień Dziecka, 1 czerwca 1989 r., specjalny numer „Sorelle - Fratelli” - dwumiesięcznika Franciszkańskiego Ruchu Apostolskiego - poświęcając ten zeszyt w całości tematyce obrony życia dzieci poczętych (42).

5.8.6. Sugestie i rady dotyczące działań duszpasterskich wobec kobiet, które dokonały aborcji bądź są zagrożone decyzją jej przeprowadzenia

Kobiety, które pozbawiły życia swe poczęte dziecko, powinny być otoczone szczególną troską psychologiczną, a zwłaszcza duszpasterską

Z jednej strony nie można umniejszać tego zła, jakiego dokonały i przemilczać faktu, iż było to odebranie życia człowiekowi.

Trzeba jednak pamiętać, że mamy tu nierzadko do czynienia z psychiką „okaleczoną”, czasem depresyjną i użycie tak drastycznych słów, jak „zabójstwo”, „morderstwo”, może tę nieszczęsną kobietę jeszcze bardziej zdeprymować. Jak więc rozmawiać z takimi kobietami? Mądrą i dobrą radę w tym zakresie sformułowała pewna osoba zajmująca się poradnictwem rodzinnym poprzez „telefon zaufania”. Kobietom, których sumienie obciążone jest tym złem, tłumaczy ona, że chociaż tej „rany”, jakiej dokonały, nie da się zapomnieć i uznać za niebyłą, to można przez ekspiację, a nawet konkretne działania uczynić te rany, zadane dziecku i swojemu ciału, punktem wyjścia do odnowienia duchowego i świadczenia dobra innym. Podobnie, jak u Chrystusa: pomimo pokonania śmierci i pomimo zmartwychwstania, rany Jego, zadane Mu przez ludzi, nie znikły i pozostaną na zawsze ranami, ale stały i stają się ciągle ranami zbawczymi, ku życiu.

Wydaje się, że jedyną skuteczną drogą wyjścia z depresji i kryzysu moralnego i psychicznego, jest dla takich kobiet religijne przeżycie i religijne wyjście z tego załamania bądź z cynizmu. Te nadzieje trzeba w tych kobietach budzić, bo Pan Bóg nikogo nie „spisuje na straty”.

Bardziej stanowcze i ostrzejsze w formie może być wychowawcze traktowanie mężczyzn, ponoszących najczęściej główną winę za aborcję: a więc mężów, partnerów tych kobiet, jak również lekarzy przeprowadzających „zabiegi”.

Stopień „ostrości” słów wychowawcy czy duszpasterza powinien być rozsądny i celowy, czasem nawet bardzo łagodny, czasem surowy.

Wobec kobiet zagrożonych decyzją przeprowadzenia aborcji (często są to młode dziewczyny) karygodnym zaniedbaniem byłoby ograniczenie się tylko do ocen i pouczeń moralnych, bez wskazania realnych możliwości pomocy i dobrego wyjścia z tej trudnej sytuacji. Może wystarczyć udzielenie jej odpowiedniej rady, ale może okazać się celowe lub konieczne zaangażowanie się w tej sprawie osobiste lub kogoś z kręgu środowiska parafialnego. Różne rozwiązania i różna pomoc mogą okazać się celowe; może to być kontakt ze środowiskiem rodzinnym tej kobiety, z jej mężem czy partnerem, ze środowiskiem

pracy, bądź też kontakt z domem samotnej matki, czy pomoc materialna, która zawsze jest tylko wyjściem doraźnym i chwilowym.

Niezwykle potrzebne jest istnienie w parafii czy w innych środowiskach duszpasterskich choćby nielicznego zespołu osób, które mogłyby uczestniczyć w zorganizowaniu tej pomocy.

Pionierem bardzo ciekawej inicjatywy (nie duszpasterskiej, ale psychoterapeutycznej) w zakresie profilaktyki i terapii zespołu poaborcyjnego jest działający w Kanadzie (Yictoria B.C.) „The International Institute of Pregnancy Loss and Child Abuse Research and Recovery” (IIPLCARR), prowadzony przez prof. Philipa Neya (53). Instytut ten szkoli specjalistów prowadzących terapię grupową osób, które doświadczyły utraty ciąży i/lub są ofiarami przemocy (seksualnej, słownej, fizycznej) bądź ofiarami zaniedbania (fizycznego, intelektualnego) oraz terapię osób z „zespołem ocalańca po aborcji” i ich rodzeństwa.

Za „utratę ciąży” uznaje się w Instytucie i otacza pomocą przypadki aborcji oraz poronień, a także porodów martwych dzieci oraz ich śmierci po urodzeniu. Terapią są objęte nie tylko kobiety, które doznały utraty ciąży, ale także ich mężowie czy partnerzy oraz personel dokonujący poronienia.

Specjaliści przeszkoleni w tym instytucie realizują także program edukacyjno-profilaktyczny „Wybierz życie” (wykłady i warsztaty) dla różnych grup wiekowych i zawodowych. Szkolenia te są realizowane na wyższych uczelniach, w szkołach średnich, w gabinetach prywatnych, poradniach, szpitalach, w szkołach rodzenia oraz w parafiach.

Wśród wielu ciekawych - ściśle psychologicznych - metod wydobycia się z depresji uwarunkowanej zespołem poaborcyjnym terapeutyci tego ośrodka proponują między innymi przeżycie symbolicznego pogrzebu dziecka, które stało się ofiarą aborcji, przeżycie żałoby po nim, symboliczne nadanie mu imienia, a także przeżycie żałoby kobiety po sobie samej jako niedoszłej matce dziecka (żałoby po nie zrealizowanym do końca macierzyństwie).

Zespół specjalistów przeszkolonych w tym instytucie zaczął rozwijać tę działalność w Polsce (53).

5.9. Metody działań formacyjnych i metody przekazywania informacji na temat miłości, małżeństwa, rodziny, dietności - dzieciom, młodzieży, narzeczonemu i małżeństwu

Powyższy tytuł nawiązuje do niezwykle doniosłych problemów życia ludzkiego.

Potrzeba przemyślanych działań formacyjnych i edukacyjnych w zakresie wymienionej tu tematyki jest potrzebą palącą, zwłaszcza jeśli wziąć pod uwagę wiele negatywnych zjawisk moralnych, obyczajowych i społecznych we współczesnym świecie. Te negatywne zjawiska są także udziałem tak zwanych „normalnych”, a nie tylko patologicznych społecznie środowisk. Chodzi tu o takie sprawy, jak niski poziom kultury życia rodzinnego i małżeńskiego, płytką religijność, nie inspirującą do konsekwentnego realizowania w życiu ideałów chrześcijaństwa, brak wzorców osobowych, nadużywanie alkoholu i innych używek, nieporządek w sferze życia seksualnego, plaga rozwodów, poronień i inne.

Działania duszpasterskie, wychowawcze, formacyjne, edukacyjne, nie mogą oczywiście polegać tylko na walce z tym złem, ale powinny przede wszystkim ukazywać atrakcyjne i realne ideały i wzorce dobrego i szczęśliwego życia. Słowo (a więc nauczanie, prelekcje, rozmowy) jest bardzo ważnym, ale niewystarczającym narzędziem tej pracy. Równie ważne i konieczne jest tworzenie środowisk, zwłaszcza rówieśniczych, w których byłaby okazja nie tylko do wymiany myśli, ale i do dostrzegania i przeżywania wartości i do dzielenia się nimi.

Dla wywiązywania się z przekazu, zapowiedzianego w tytule tego rozdziału, należy więc po pierwsze podsumować te myśli, które warto podkreślić mówiąc o miłości doprowadzającej do małżeństwa i realizującej się w nim. Po drugie - warto zastanowić się nad różnymi źródłami szukania i kreowania wzorców osobowych, przede wszystkim poprzez kontakty środowiskowe.

A więc: jakich treści nie należy pominąć i jakie treści podkreślać

mówiąc o miłości, która może stać się albo już jest miłością oblubieńczą?

Po pierwsze warto wskazywać na - ciekawe w polskim języku - bardzo istotną różnicę pomiędzy „zakochaniem czy kochaniem się (tzn. siebie) w kimś” a kochaniem kogoś. Możliwe, że z punktu widzenia ściśle językowego chodzi tu o to samo. Ale przeciwstawienie sobie tych dwóch wyrażen jest dobrą okazją do zilustrowania tego, czym jest prawdziwa miłość oblubieńcza: jest odpowiedzialnym dążeniem do dobra, radości i rozwoju kochanej osoby. W nieco odmiennych i mniejszych proporcjach powinno to dotyczyć także młodszych przyjacieli. Wybranego człowieka kocha się nie (albo nie tylko) dla jego zalet, ale w całości, pomimo jego braków czy wad, a nawet w pewnym sensie razem z nimi. Ilustruje to bardzo mądre i pięknie wiersz Gałczyńskiego „Rozmowa liryczna”(12) („...*Kocham cię... Nawet wtedy, gdy gubisz parasolki*”). Nie musi to wykluczać chęci taktownego (tylko nie „na siłę”!) leczenia tych wad. Mowa tu o różnych często spotykanych ludzkich brakach i ułomnościach, a nie o przejawach zła, na które trudno przystać i w ogóle podjąć wspólne życie (np. alkoholizm, zaburzenia osobowości).

Trzeba również szanować pewną odrębność kochanej osoby i nie narzucać jej własnego modelu upodobań, przeżywania itp. (- p. cytat z poezji Szymborskiej na s. 195).

Kochając — nie można uważać się za „herosa”, który tylko poświęca się i obdarowuje. Trzeba też umieć przyjmować, i to zarówno rzeczy przyjemne, jak i - niekiedy - przykre (p. tekst księdza Jana Twardowskiego „Co to znaczy kochać”) (64).

Nie można pominąć myśli o czystości i o świętości ciała ludzkiego, i to nie (albo nie tylko) w stylu: „to a to jest złe”, ale w aspekcie twórczego przeżywania płciowości jako daru Boga. Jest to droga równie piękna, jak i trudna i w każdym stanie - w młodości, w narzeczeństwie, w małżeństwie - wymaga odrębnego podejścia i odrębnego „stylu życia” (rozdz. 5.2. i 5.3.). W małżeństwie nie można oddzielić od siebie takich spraw, jak odpowiedzialność za dzieci, za ich powołanie do życia, za ich wychowanie, za przekazywanie im słowem i życiem Dobra, Prawdy, Radości.

Wspólne, odpowiedzialne i twórcze przeżywanie płciowości przez małżonków oraz miłość do dzieci i odpowiedzialność za nie wskazują na wielkie walory naturalnego planowania rodziny niejako tylko na metodę, ale jako na styl życia.

Absolutnie nie można pominąć problemu konfliktów, które występują w każdym - nawet najlepszym - małżeństwie. Tutaj pierwszą zasadą jest: „niech słońce nie zachodzi na zagniewanie wasze”. A więc do wieczora trzeba się pogodzić. I praktyczna rada: niech pierwszy przeprosza ten, kto czuje się niewinny. A może czasem trzeba dłużej porozmawiać? Może umówić się „na randkę” do kawiarni, jak za młodszych lat? A może napisać do siebie list? Wyjechać razem dla odpoczynku i odprężenia na kilka dni? Przeczytać coś na temat higieny psychicznej kontaktów międzyludzkich i rozwiązywania konfliktów?

Wszystkim: młodszym i starszym, a w szczególności małżonkom trzeba przypominać, że dobre kontakty międzyludzkie (nawet wśród osób sobie bliskich) nie rodzą się automatycznie (bo się kochają!) ani spontanicznie. Dobry klimat współżycia wymaga starania i wręcz pracy nad sobą. Nie można poprzestawać tylko na prośbach, żądaniach i oczekiwaniu wywiązania się z obowiązków. Trzeba wzajemnie zauważać swoje starania, pochwalić, podziękować.

I trzeba apelować o jeszcze jedną bardzo ludzką, bardzo zwykłą i na pozór tylko mało ważną sprawę: o poczucie humoru, o umiejętność dostrzeżenia śmieszności sytuacji i rozładowania napięcia humorem, o umiejętność śmiania się nawet z siebie samego. To jest bardzo ważne. Toteż św. Tomasz Morus (1478 - 1535) w jednej ze swoich modlitw („Modlitwa o humor”) zamieścił taką prośbę: „*Panie, obdaruj mnie poczuciem humoru, daj mi łaskę rozumienia żartu, abym mógł doznać w życiu trochę szczęścia i dzielić się nim z innymi*”.

I wreszcie trzeba wspomnieć o tym, co w każdej wspólnotce jest najważniejsze, a - chciałoby się powiedzieć - szczególnie w małżeństwie. Jest to wspólna codzienna modlitwa. Trudno narzucić tu formę i treść. Może być - na klęczkach, może być - stojąc, a nawet przed zaśnięciem, w łóżku. Może być indywidualna - we dwoje, ale

może też być przeżyta razem z dziećmi i ich dzieciennym językiem, jako wspólna i wyłączna modlitwa całej rodziny.

* * *

Istotną sprawą jest sposób przekazywania tych treści w różnych środowiskach i za ich pośrednictwem.

Szczególnym i odrębnym problemem wychowawczym jest uświadomienie dzieci w sprawach płci, miłości oblubieńczej i życia rodzinnego. Pewne uwagi, sugestie i rady dotyczące uświadamiania dzieci są zawarte w rozdziale na temat rozwoju ludzkiej płciowości (p. s. 188). Ta bardzo ważna sprawa, rozwiązywana dobrze tylko przez niewielu rodziców i wychowawców, zasługuje na wielkie staranie z ich strony i przygotowanie się, z wykorzystaniem istniejących dobrych publikacji, w wersjach dla dzieci i dla rodziców (70, 72).

Dzieciom starszym i młodzieży licealnej trzeba przekazywać te informacje w sposób pełniejszy, ale zawsze w aspekcie przygotowania do życia w rodzinie, a nie w wersji tzw. „wychowania seksualnego”, ograniczonego do informacji o seksualności w oderwaniu od miłości oblubieńczej i w sposób sprowadzający temat do instruktażu o antykoncepcji i zagrożeniach wynikających z jej zaniechania (52). Zagadnienia te są przedmiotem niezwykle gorących dyskusji w społeczeństwie, w prasie i w parlamencie. Jest ogromnie ważne, aby edukacja w sprawach rodzinnych i wychowanie do życia rodzinnego nie zostały zniekształcone i sprowadzone do tzw. „wychowania seksualnego” (28, 29, 56).

Na temat przygotowania do życia w rodzinie istnieją - i stale pojawiają się nowe - liczne, ciekawe publikacje (7, 8, 13, 30, 31, 32, 33, 48, 55, 58, 59, 68).

Obecnie w Kościele polskim wymaga się od osób planujących zawarcie sakramentalnego małżeństwa odbycie kursu przygotowawczego. Obejmuje on:

- 1) wysłuchanie dziesięciu prelekcji na temat małżeństwa (pięć prelekcji teologicznych i pięć o charakterze psychologiczno-wychowawczym, z uwzględnieniem naturalnego planowania rodziny);
- 2) odbycie trzech spotkań w poradni życia rodzinnego w celu in-

struktażu dotyczącego metod rozpoznawania okresów płodności i niepłodności oraz

3) odbycie dnia skupienia.

Troską duszpasterzy powinno być zadbanie o odpowiedni poziom formacyjny i edukacyjny tych kursów, o zdobycie kompetentnych prelegentów, o rzetelne realizowanie tematyki tych kursów, a nie na przykład zastąpienie trudnych do zrealizowania tematów jakimś zastępczym video-filmem. Obowiązujące narzeczonych trzy spotkania w Poradni Rodzinnej, i to w rozsądnych odstępach czasowych, nie są formalnością, ale celowo zaaranżowaną okazją do prowadzenia i dokumentowania, a następnie weryfikowania z kompetentnym pracownikiem poradni (częściej są to kobiety) objawów płodności i okresów ich występowania.

Dobrze jest - z punktu widzenia formacyjnego - jeśli prelegentami niektórych tematów są nie pojedyncze osoby, ale małżeństwa.

Warto również „wyławić” spośród słuchaczy tych kursów pary bardziej aktywne i zaangażowane, dla stwarzania grup młodych małżeństw, które mogłyby nadal - choćby rzadziej - spotykać się dla wymiany doświadczeń, pogłębienia duchowego czy intelektualnego w sprawach życia rodzinnego i małżeńskiego. Środowiska takie mogłyby też być źródłem nowego „narybku” prelegenckiego, po odbyciu dodatkowego przeszkolenia.

Tworzenie środowisk - zwłaszcza ludzi młodych - jest bardzo cenne z punktu widzenia wychowawczego. Okazją do powstawania takich więzi środowiskowych może być sąsiedztwo, wspólna lub podobna praca zawodowa czy wspólne zainteresowania rekreacyjne.

W Warszawie funkcjonuje od paru dziesiątków lat tzw. „klub trójdzielnych”, którego nazwa oddawała sytuację rodzinną większości skupionych w nim rodzin. Klub ten organizuje wspólne zabawy, zajęcia dla dzieci, dla pań, wspólne wyjazdy wakacyjne, wspólne Msze święte. Największą wartością funkcjonowania tego środowiska - poza organizowaniem różnych imprez ułatwiających i uprzyjemniających życie - było właśnie tworzenie wspólnoty żyjącej wartościami oraz przekazywanie tych wartości i wzorców dobrego, radosnego stylu życia następnym pokoleniom. Założyciele tego klubu

stanowią już generację dziadków, a w następnych generacjach zawiązało się niejedno małżeństwo.

* * *

Powyższe sugestie, myśli i przykłady nie wyczerpują tematu. Wiele pedagogów, duszpasterzy i środowisk realizuje inaczej i lepiej społeczne wychowanie i edukację do miłości.

Chodzi tu przede wszystkim o aktywną i przemyślaną postawę; o szukanie i stwarzanie okazji do krzewienia dobrego stylu życia.

Bibliografia Rozdziału 5

1. Cappella Anna: *Zgodnie z naturą. Metoda Billingsa*. BBE, Torino (Italy), 1985;
2. Cerańska-Goszczyńska Hanna: *Naturalne planowanie rodziny*. Rozdz. 19. w: *Ginekologia w praktyce lekarza rodzinnego*. Red. B. Chazan, PZWL Warszawa 1997., s. 183- 191;
3. Chazan Bogdan: *Ciąża ektopowa*. Rozdz. 8. w: *Ginekologia w praktyce lekarza rodzinnego*, PZWL, Warszawa 1997, s. 56 - 61;
4. Colliton William F., Cavanaugh-O'Keefe John: *FetalPain: AnAgnizingReality*. Celebrate Life 1997, January-February, s. 33;
5. Dziewulska Wiesława: *Przebyte poronienie a los następnej ciąży*. *Ginekologia Polska* 1973. 44. Cz. I: *Przebieg ciąży* nr 9., s. 1003-101 1. Cz. II: *Stan noworodka*, nr 10., s. 1143-1148;
6. Ehmann Rudolf: *Poronne działanie doustnych środków antykoncepcyjnych*. Human Life International - Europa, Gdańsk 1994;
7. Fijałkowski Włodzimierz: *Dar rodzenia*. Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1998;
8. Fijałkowski Włodzimierz: *Ku afirmacji życia*. Wydawnictwa TUM, Wrocław 1993;
9. Fijałkowski Włodzimierz: *Niewykorzystany dar płci*. WAM, Kraków 1998;
10. Flanagan Geraldine Lux: *9 pierwszych miesięcy życia*. PZWL, Warszawa 1967;

11. Flynn A. M., Brooks M.: *Manual of Natural Family Planning*. Unwin Paperbacks, London-Sydney-Wellington 1990;
12. Gałczyński Konstanty Ildefons: *Wybór wierszy* PIW, Warszawa 1954;
13. Grabowscy M. i W., Niemyscy A. i M., Wołochowicz M. i P: *Zanim wybierzesz... Przygotowanie do życia w rodzinie*. AND, Warszawa 1993;
14. *Groźne pigułki. 30 tysięcy Polek zażywa Marvelon, środek antykoncepcyjny, który wywołuje zakrzepicę*. Życie Warszawy, 24. X. 1995, nr 290, wyd. II;
15. *Humanae vitae* - Encyklika Ojca Świętego Pawła VI O zasadach moralnych w dziedzinie przekazywania życia ludzkiego z 25. VII. 1968 r.
16. *Instrukcja Nr 11/81 Ministrów: Zdrowia i Opieki Społecznej, Komunikacji, Obrony Narodowej oraz Spraw Wewnętrznych z dnia 21. września 1981 r. w sprawie niektórych wymagań związanych z przerywaniem ciąży w zakładach społecznej służby zdrowia*. Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej 1981, nr II.zdn. 2. XI. 1981;
17. Jędryka-Góral Anna, Chwalińska-Sadowska Hanna, Biernat-Kałuża Edyta i wsp.: *Zespół antyfosfolipidowy — interdyscyplinarny problem kliniczny*. *Reumatologia* 1998, 36(2), s. 151-163;
18. Józwick Michał, Klubowicz Zbigniew: *Fizjologia narządów płciowych kobiety*. Rozdz. 2., w: *Ginekologia w praktyce lekarza rodzinnego*. Red. B. Chazan, PZWL, Warszawa 1997, s. 16-23;
19. *Karta Praw Rodziny - przedłożona przez Stolicę Apostolską wszystkim ludziom, instytucjom i władzom zainteresowanym misją rodziny w świecie współczesnym*. Przedruk z L'Osservatore Romano nr 10/1983, wersja polska. Komisja Duszpasterstwa Rodzin, Warszawa;
20. Kępiński Antoni: *Rytm życia*. Sagittarius, Warszawa 1993;
21. Knaus Hermann: *Die periodische Frucht - und Unfruchtbarkeit des Weibes*. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1933, 57(24), s. 1393-1408;
22. *Kodeks cywilny- Ustawa z dnia 23. kwietnia 1964 r; stanprawny na dzień 10. sierpnia 1994 r*. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1994;
23. *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Ustawa z dnia 25. II. 1964 r. Stan prawny: 1. października 1993 r. Dziennik Ustaw PRL z 1964 r. nr 9, poz. 59*. GEO, Kraków 1993;
24. Kornas-Biela Dorota: *Wokół początku życia ludzkiego*. Nasza Księgarnia, Warszawa 1993;

25. Kramarek Teresa: *Metoda objawowo-termiczna regulacji poczęć*. Duszpasterstwo Rodzin Diecezji Włocławskiej, Włocławek 1992;
26. Lauer Paul: „Seks, narkotyki, hard-rocki co dalej. „XVIII Międzynarodowy Kongres Rodziny, Warszawa, 14-17. IV. 1994. Fundacja „Rodzina Nadzieją Jutra” i KAI, Warszawa 1994, s. 169-178;
27. Leibschan Jerzy: *Ciąża prawidłowa - rozpoznanie i przebieg*. Rozdz. 7. w: *Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego*. Red. B. Chazan, PZWL, Warszawa 1997, s. 55-61;
28. Luft Bogumił: *Znaleźć odpowiedź (O podręczniku: „Przysposobienie do życia w rodzinie”)*. „Gość Niedzielny” 1987, 44(43) z 25. X. 1987, s. 3;
29. Luft Stanisław: *Do redakcji miesięcznika „Medyk”*, - list w sprawie publikacji: „Wychowanie seksualne” R. Rutkowskiego. „Medyk” 3/1 998, s. 23;
30. Maliński Mieczysław, ks.: *Zanim powiesz kocham*. TUM, Wrocław 1996;
31. Meissner Karol OSB: *Ludzka płciowość i jej znaczenie*. „Naturalne planowanie rodziny” 1997, V/23/24, nr 3-4, s. 17-24;
32. Meissner K., Suszka B.: *Twoja przyszłość. O życiu, małżeństwie, płciowości, miłości rozmowy z chłopakiem*. W Drodze, Poznań 1991;
33. Meissner K., Suszka B.: *Twoje życie. O życiu, małżeństwie, płciowości, miłości rozmowy z dziewczyną*. Hlondianum, Poznań 1991;
34. Michnik Adam: *Głos w debacie sejmowej*. Cytat wg „Gazety Wyborczej” z 23. V. 1991. oraz za: *Religia to poważna sprawa. Z Adamem Michnikiem rozmawia ks. Adam Boniecki*. „Tygodnik Powszechny” 46/92;
35. Nathanson Bernard: *Jak 20 lat temu oszukano Amerykanów i jak dzisiaj niektórzy próbują oszukać Polaków*. Źródło 1(7)1992, s. 10-11;
36. *The National Association of Natural Family Planning Teachers* (materiały szkoleniowe). National Centre, Birmingham Maternity Hospital, Birmingham 1988;
37. *Naturalne planowanie rodziny*. Red. Aniela Samoć. Polskie Stowarzyszenie Nauczycieli Naturalnego Planowania Rodziny, Gdańsk 1991;
38. *Naturalne Planowanie Rodziny. Materiały Sympozjum (30. V. 1992.) Sekcji Obrony Życia Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i Instytutu Matki i Dziecka*. Wyd. Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa 1992;

39. Niemiec Krzysztof Tomasz: *Antykoncepcja*. Rozdz. 18. w: *Ginekologia w praktyce lekarza rodzinnego*. Red. B. Chazan, PZWL, Warszawa 1997, s. 173-182;
40. Nilsson Lennart, Ingelman-Sundberg Axel, Wirsén Claes: *Życie przed narodzeniem. Fotodokumentacja rozwoju życia w łonie matki*. Krścianska Sadašnjost, Zagreb i Instytut Rodziny, Warszawa 1985;
41. *Obwieszczenie Prezesa Trybunału Konstytucyjnego z dn. 18. XII. 1997 r. o utracie mocy obowiązującej art. 1.p. 2., art. 1.p. 5, art. 2.p. 2., art. 3. p. 1. i art. 3. p. 4. ustawy o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz o zmianie niektórych innych ustaw*. Dziennik Ustaw RP z 1997 r., nr 157, poz. 1040;
42. *Ocal życie bezbronnemu*. Sorelle-Fratelli, dwumiesięcznik Franciszkańskiego Ruchu Apostolskiego, nr 2 bis z 1. VI. 1989 r.;
43. Ogino K.: *Ober den Konzeptionstermin des Weibes und seine Anwendung in der Praxis*. Zentralblatt für Gynäkologie, 1932/56(12), s. 721-732;
44. *Okupacja i ruch oporu w dzienniku Hansa Franka 1939-1945*. Wybór i opracowanie pod naukowym kierownictwem Stanisława Płoskiego: Lucjan Dobroszycki i in. Książka i Wiedza, Warszawa 1970, t. I, s. 129, 136, 138;
45. Oleszczuk Jan: *Dolegliwości okresu ciąży*. Rozdz. 8., w: *Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego*. Red. B. Chazan, PZWL, Warszawa 1997, s. 62-66;
46. Ostrowski Kazimierz: *Embriologia człowieka*. PZWL, Warszawa 1988;
47. Papieska Rada ds. Rodziny: *Ludzka płciowość: prawda i znaczenie*. Wskazania dla wychowania w rodzinie. Instytut Studiów nad Rodziną ATK, Łomianki 1996;
48. Półtawska Wanda: *Przygotowanie do małżeństwa*. WAM, Kraków 1996;
49. Raith Elizabeth, Frank Petra, Freund Gunter: *Naturalne Metody planowania rodziny*. Springer PWN, Warszawa 1997;
50. Rough Roberts, Shettles Landrum B.: *Od poczęcia do narodzin*. PZWL, Warszawa 1979;

51. Rötzer Josef: *Naturalna regulacja poczęć*. Towarzystwo Chrystusowe Hlondianum, Poznań 1998;
52. Rutkowski Ryszard: *Wychowanie seksualne*. „Medyk” 10/1997, s. 4-7 (p. replika na ten tekst - pozycja nr 29);
53. Simon Witold: *Utrata ciąży (Zespół poaborcyjny Zespół oocelencapio aborcji. Przemoc. Zaniedbanie. Terapia)*. Skrypt sfinansowany przez Urząd Miejski Wrocławia, Wydział Zdrowia, Wrocław 1998;
54. Skolarczyk Maria: *Wynajęty profesor chwalił szkodliwe pigułki*. Express Wieczorny z 2. XI. 1995r, nr 225;
55. Sławiński Stanisław: *Dojrzeć do miłości. Rozmowy o samowychowaniu*. Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1990;
56. Sławiński Stanisław: *Wychowanie do miłości. Propozycja programu i metody dla przysposobienia do życia w rodzinie*. Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1993;
57. Smereczyńska Maria: *Naturalne metody kontroli płodności*. Gazeta Lekarska 1993., 4., cz. I: nr 6., s. 16-17, cz. II: nr 7., s. 18-19;
58. Sujak Elżbieta: *Poradnictwo małżeńskie i rodzinne. Książka dla doradców i duszpasterzy*. Księgarnia św. Jacka, Katowice 1988;
59. Szczepanowicz Marian: *Pełny smak życia. O miłości małżeńskiej i naturalnym planowaniu rodziny*. WAM, Kraków 1998;
60. Szymborska Wisława: *Wybór wierszy*. PIW 1973 (s. 35: *Nic dwa razy*);
61. Świadek życia - prof. Bernard Nathanson w Polsce. Wydawnictwo Sióstr Loretanek, Warszawa 1997;
62. Thyma Paweł: *Godne miłości planowanie potomstwa*. Pracownia Duszpasterska Kurii Metropolitalnej Warszawskiej, Warszawa 1992;
63. Troszyński Michał: *Naturalne planowanie rodziny dzisiaj*. „Naturalne Planowanie Rodziny”. 1997, V/23-24, nr 3-4, s. 15-16;
64. Twardowski Jan, ks.: *Patyki i patyczki*. Wydawnictwo Archidiecezji Warszawskiej, Warszawa 1987;
65. *Ustawa z dnia 27. IV. 1956 r. o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*. Dziennik Ustaw PRL z 1956 r., nr 12., poz. 61.;
66. *Ustawa z dnia 7. I. 1993 r o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*. Dziennik Ustaw RP z 1993 r” nr 17., poz., 78.;
67. *Ustawa z dnia 30. VIII. 1996 r. o zmianie ustawy o planowaniu*

- rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz o zmianie niektórych innych ustaw*. Dziennik Ustaw RP z 1996 r., nr 139., poz. 646.;
68. *Wędrując ku dorosłości*. Red. Teresa Król, AND, Warszawa 1994;
69. Wołochowicz Mariola i Paweł: *Jak w pełni wykorzystywać Boży dar płodności? Seks po chrześcijańsku*. Kernel Plus S.C., Warszawa 1998;
70. Wójcik Elżbieta: *Jak rozmawiać z dziećmi o seksualności*. Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1996;
71. Wójcik Elżbieta: *Naturalne planowanie rodziny - metoda objawowo-termiczna według prof. dr med. J. Rötzer*. Wydawnictwo Diecezji Tarnowskiej, Tarnów 1994;
72. *Wychowanie seksualne w rodzinie chrześcijańskiej*. Instytut Wydawniczy Pax:
 - a) Greene Carol: *Dlaczego chłopcy i dziewczynki różnią się od siebie* (3-5 lat), 1993;
 - b) Huramel Ruth: *Skąd się biorą dzieci* (6-8 lat), 1993;
 - c) Graver Jane: *Jak się zmieniasz* (8-11 lat), 1994;
 - d) Bimler Richard: *Seks i twoje nowe „ja „* (11-14 lat), 1993;
 - e) Ameiss Bill, Graver Jane: *Miłość, seks i Bóg (od 14 lat)*, 1994;
 - f) Buth Lenore: *Jak szczerze rozmawiać ze swoim dzieckiem o seksie (przewodnik dla rodziców)*, 1995;
73. *Ze świata: Przybiera na sile kruczata czystości na Zachodzie*. Korespondencja z „Familie Chrétienne z 23. II. 1995 r, „Rycerz Niepokalanej” 1995, nr 7-8 (469-470), s. 284.

6. WYBRANE ZAGADNIENIA Z BIOETYKI

Omówienie zagadnień przedstawionych w tym rozdziale warto poprzedzić wyjaśnieniem terminów genetycznych, których zrozumienie jest istotne dla przyswojenia treści rozdziału (opracowane na podstawie bibliografii: 5, 7, 8 s. 150, 17, 21 s. 164, 35).

Chromosom - struktura śródkomórkowa, zbudowana z kwasów nukleinowych (DNA, RNA) i białek, zawierająca kolejno ułożone geny. Chromosomy mają zdolność samoodtwarzania. Ich ilość w komórce oraz ich kształt są cechami właściwymi dla danego gatunku organizmów. Komórki organizmu ludzkiego zawierają: w przypadku komórek somatycznych - 46 chromosomów (= diploidalna liczba chromosomów), w tym dwa chromosomy płciowe; w komórkach rozrodczych, tj. komórce jajowej (owocyt) i w plemniku liczba chromosomów stanowi połowę liczby chromosomów komórki somatycznej (= haploidalna liczba chromosomów). W jednym chromosomie jest zlokalizowanych wiele genów.

DNA - kwas dezoksyrybonukleinowy; jest to kwas organiczny zbudowany z bardzo wielu powtarzających się ugrupowań chemicznych (biopolimer), tworzących b. długie, spolimeryzowane, nierozgałęzione drobniny. „Cegiełkami” struktury chemicznej DNA są cztery zasady azotowe (adenina, tymina, guanina i cytozyna) przyłączone do długiej „nici”, jaką tworzą cząsteczki cukru (dezoksyrybozy) i kwasu fosforowego. DNA występuje zwykle pod postacią dwu nici spiralnie skręconych wokół siebie. Podstawą zawartej w DNA informacji genetycznej są różne konstelacje kolejności i sąsiedztwa zasad azotowych (adeniny, tyminy, guaniny, cytozyny). Różny układ trzech spośród tych zasad w nici DNA (różny „triplet”) decyduje o przyłączeniu określonego aminokwasu do syntetyzowanego w komórce określonego białka. Dzieje się to za pośrednictwem RNA, na który jest przenoszona z DNA informacja o kolejności zasad azotowych (tzw. procesy transkrypcji i translacji).

Fenotyp - zespół wszystkich cech organizmu, powstający pod wpływem genotypu oraz pod jednoczesnym wpływem czynników środowiskowych.

Gamety - patrz: komórki płciowe.

Gen - jednostka materiału genetycznego (pewien odcinek DNA) zlokalizowana w chromosomie, określająca - dzięki zawartej w niej informacji genetycznej - kolejność aminokwasów w określonym polipeptydzie (białku), co decyduje o wystąpieniu jakiejś cechy (lub cech) organizmu, jego struktury czy funkcji.

Genom - zespół genów zawartych w jednym, haploidalnym garniturze chromosomów (a więc u człowieka - w komórce rozrodczej).

Genotyp - zespół wszystkich genów organizmu warunkujących jego właściwości dziedziczne; jest to zatem suma informacji genetycznej zawarta w dwóch sprzężonych genomach, czyli zawierających diploidalny (podwójny) garnitur chromosomów.

Jądro komórkowe - podstawowy element budowy komórki organizmu, mający decydujące znaczenie w procesach metabolizmu i dziedziczenia; zawarta w jądrze skłębiona masa chromatynowa zbudowana z DNA (siedlisko informacji genetycznej) ulega w czasie podziału komórkowego zmianom strukturalnym prowadzącym do ujawnienia się chromosomów.

Komórki płciowe - czyli gamety - dojrzałe komórki rozrodcze (komórki jajowe i plemniki). W następstwie połączenia się gamet dwóch płci (każda gameta z haploidalnym garniturem chromosomów) powstaje zygota (z diploidalnym garniturem chromosomów).

Komórki somatyczne - (od gr. *σῶμα* = ciało) - komórki wszystkich wegetatywnych tkanek i narządów, w odróżnieniu od komórek płciowych danego organizmu.

Owocyt (lub oocyt) - macierzysta komórka jajowa; w tekście tego rozdziału chodzi o owocyt w fazie tuż po opuszczeniu pęcherzyka Graafa w jajniku (p. s. 204).

Zygota - u organizmów rozmnażających się drogą płciową diploidalna komórka, powstała w wyniku zespolenia się podczas zapłodnienia dwóch haploidalnych gamet: żeńskiej i męskiej (tj. komórek rozrodczych), a więc zawierająca dwa kompletne genomy.

6.1. Sztuczne zapłodnienie

Metody sztucznego zapłodnienia bywają stosowane w przypadkach niepłodności. O niepłodności małżeństwa mówi się wówczas, jeśli pomimo regularnego współżycia płciowego, nie zakłócanego żadnymi metodami ograniczającymi czy wykluczającymi możliwość zapłodnienia, nie dochodzi do poczęcia dziecka w ciągu 12 - 24 miesięcy (33).

Nie jest w pełni udokumentowane spostrzeżenie, iż częstość występowania niepłodności nasila się w związku ze stopniem rozwoju cywilizacyjnego.

Liczba małżeństw w naszym kraju, dotkniętych niepłodnością, nie jest dokładnie znana, ale wydaje się, że problem ten dotyczy od kilkunastu do 20% małżeństw (33).

W większości przypadków niepłodność ta nie jest bezwzględna, ale jest raczej zaburzeniem polegającym na obniżeniu płodności.

Trzeba podkreślić, że przyczyny niepłodności mogą tkwić zarówno w organizmie kobiety (choroby narządu rodowego, zaburzenia hormonalne), jak i w organizmie mężczyzny (różnego typu nieprawidłowości nasienia czy zaburzenia ejakulacji). Ocena niepłodności, jej przyczyn i możliwości leczenia wymaga zatem wnikliwych badań lekarskich.

Należy podkreślić, że podjęcie odpowiedniego leczenia, między innymi np. leczenia hormonalnego niewydolności jajników, leczenia różnych chorób narządu rodowego czy też leczenia niepłodności męskiej (zaburzeń ejakulacji czy nieprawidłowości nasienia) - może doprowadzić w efekcie do poczęcia dziecka.

Niemожność poczęcia własnego dziecka jest przeżywana przez wiele małżeństw jako bardzo przykre doświadczenie. Niekiedy, w razie braku efektów długotrwałego leczenia, małżeństwa takie decydują się na adopcję dzieci, osiągając w ten sposób upragniony cel stworzenia pełnej rodziny, a jednocześnie obdarowując rodzicielstwem dzieci - sieroty, fizyczne czy społeczne, bardzo pragnące mieć własną mamę i własnego tatę i żyć we własnej rodzinie.

Presja pozytywnych - w zasadzie - aspiracji rodzicielskich, jak i bezkompromisowa pomysłowość medycyny, zmierzająca par force do osiągnięcia mimo wszystko efektu zapłodnienia - bez oglądania się na całość zjawisk życiowych towarzyszących tym dążeniom - doprowadziły do opracowania i wdrożenia różnych metod sztucznego zapłodnienia czyli tzw. rozrodu wspomaganego (24, 33). „Przez *«sztuczne przekazywanie życia» lub ((sztuczne zapłodnienie) rozumie się ...różne metody techniczne, podjęte dla uzyskania poczęcia ludzkiego w inny sposób niż przez stosunek płciowy mężczyzny z kobietą»* (19).

Pierwszym etapem sztucznego zapłodnienia czyli rozrodu wspomaganego (bez względu na wybór dalszych procedur metodycznych) jest intensywne pobudzenie owulacji, a więc stymulacja wzrostu i dojrzewania pęcherzyków Graafa (p. s. 204), co osiąga się przez stosowanie określonych hormonów pod kontrolą ich stężenia w surowicy. Jednocześnie śledzi się ultrasonograficznie wzrost pęcherzyków Graafa.

Następnie za pomocą laparoskopii, tj. długiego wziernika, którym można włożyć się przez powłoki brzuszne lub przez pochwę, pobiera się z pęcherzyków Graafa dojrzałe owocyty (tj. komórki jajowe) i umieszcza się je w płynie hodowlanym (w naczyniu laboratoryjnym, tzn. w warunkach hodowli = in vitro). Zapłodnienia tych - zwykle kilku - komórek jajowych dokonuje się albo przez dodanie nasienia męskiego do płynu hodowlanego z owocytami, albo poprzez wstrzyknięcie plemników przy użyciu mikropipety bezpośrednio do cytoplazmy komórki jajowej (metoda „mikrochirurgiczna”).

W ciągu kilkunastogodzinnej inkubacji w płynie hodowlanym zapłodnione komórki jajowe ulegają już pierwszemu podziałom komórkowym. Spośród tych zarodków, a więc - powiedzmy to wyraźnie - istnień ludzkich w najwcześniejszej fazie ich rozwoju, wybiera się arbitralnie parę, zwykle trzy zarodki i implantuje się je do macicy, licząc się z faktem, że nie wszystkie ulegają implantacji. Pozostałe, „wyprodukowane w nadmiarze” zarodki, nie wykorzystane do tej procedury (tzw. „nadliczbowe”), spotyka różny los: bywają materiałem do badań albo też zostają zamrożone w bardzo ni-

skiej temperaturze ciekłego azotu do dalszego implantowania u tej samej kobiety bądź u innych kobiet; większość jednak tych zarodków jest skazywana na śmierć i zabijana albo zaraz po ich odrzuceniu i niewykorzystaniu do sztucznego zapłodnienia, albo w terminie późniejszym, jeśli nie są wykorzystane nawet po oczekiwaniu przez pewien czas w stanie zamrożenia. Posługiwanie się przez autora tego tekstu takimi określeniami, jak „skazywanie na śmierć” czy „zabijanie” nie jest demagogiczną ani emocjonalną przesadą, gdyż określenia te są w pełni adekwatne do faktu, iż chodzi tu o życie ludzkie, o istoty ludzkie w najwcześniejszej fazie ich istnienia.

Opisana wyżej technika sztucznego zapłodnienia jest określana skrótem FIVET (IVF/ET), od angielskiej jej nazwy: fertilization in vitro and embryo transfer (zapłodnienie in vitro i przeniesienie embrionu).

Istnieje również szereg innych technik i modyfikacji rozrodu wspomaganego, jak: podawanie nasienia do macicy, podawanie do jajowodów całego nasienia lub samych plemników („Gametę Intra Fallopian Transfer = GIFT), bądź zapłodnionych pozaustrojowo zarodków.

Metody rozrodu wspomaganego, a zwłaszcza te najczęściej stosowane, połączone z techniką zapłodnienia pozaustrojowego (FIVET), rodzą cały szereg problemów, negatywnych faktów i negatywnych następstw, zarówno o charakterze biologicznym, etycznym, jak i prawnym.

Po pierwsze jest nie do przyjęcia techniczna ingerencja człowieka na poziomie komórkowym (techniczna manipulacja gametami) w sam proces powstania życia ludzkiego. O powołaniu do życia nowego człowieka nie decydują tu w sposób naturalny rodzice, będący tylko dawcami gamet, ale uzbrojony w sprzęt laboratoryjny ktoś trzeci, kto decyduje o doborze komórek do zapłodnienia i o tym, którym spośród nich da szansę życia, a które uśmierci.

Po drugie, w toku „obróbki laboratoryjnej” gamet - zwłaszcza w następstwie wstrzyknięcia plemnika do komórki jajowej - może dojść do uszkodzeń materiału genetycznego.

Nie do przyjęcia jest stosunek badaczy i praktyków medycyny

do „nadliczbowych” (tj. nie wykorzystanych w danym przypadku) zarodków ludzkich, które są używane jako materiał do badań i do świadczeń, a w większości są zabijane.

Jeszcze bardziej komplikuje całą tę problematykę fakt, iż bywają stosowane praktyki FIVET heterologicznego, kiedy dawcą nasienia nie jest mąż, ale inny mężczyzna, bądź kiedy małżeństwo angażuje na zasadzie „umowy o dzieło” inną kobietę do tego, aby przyjęła nasienie, donosiła ciążę i po urodzeniu zwróciła dziecko małżeństwu, które najęło ją tylko w charakterze „inkubatora” (tzw. macierzyństwo zastępcze). Ileż to rodzi ciężkich problemów biologicznych, psychologicznych, moralnych, prawnych.

Praktyka i stan prawny odnośnie do tych wszystkich zagadnień (sztucznego zapłodnienia, przechowywania i niszczenia zarodków, zapłodnienia heterologicznego, macierzyństwa zastępczego) są bardzo różne w różnych krajach.

W Anglii w połowie 1966 r. w 33 klinikach rozmrożono i zniszczono 3300 ludzkich zarodków (3). W kraju tym jest prawnie dopuszczalne prowadzenie badań naukowych na embrionach uzyskanych z zapłodnienia in vitro, a nawet jest dopuszczalne „produkowanie” embrionów i przechowywanie ich tylko dla celów naukowych.

W Niemczech zamrażanie embrionów jest prawnie niedozwolone, chociaż jest dopuszczalne sztuczne zapłodnienie komórek jajowych wyłącznie w takiej liczbie, aby mogły być od razu wykorzystane w konkretnym przypadku.

W Polsce nie istnieją dotychczas żadne akty prawne dotyczące omawianych zagadnień. Praktyką stosowania sztucznego zapłodnienia zajmuje się w naszym kraju parę ośrodków.

Wiele dokumentów kościelnych formułuje w sposób jednoznaczny i krytyczny stanowisko Kościoła wobec metod sztucznego zapłodnienia (15, 16, 19).

Po pierwsze Kościół nie wyklucza niesienia pomocy małżeństwu mającym trudności w poczęciu dziecka. Papież Pius XII stwierdził, że sumienie moralne „niekoniecznie odrzuca stosowanie pewnych środków sztucznych przeznaczonych jedynie czy to dla ułatwienia aktu naturalnego, czy to dla osiągnięcia właściwe-

go celu aktu naturalnego dokonanego w normalny sposób” (19, art. II B6, 30).

Rozwijając tę myśl Kongregacja Nauki Wiary stwierdza w instrukcji „Donum Vitae”: „Jeśli środek techniczny ułatwia akt małżeński lub pomaga osiągnąć naturalny jego cel, może być moralnie uznany za godziwy. Przeciwnie, jeśli interwencja zastępowała akt małżeński, musi być uznana za moralnie niedopuszczalną” (19, art. II B6). A metody sztucznego zapłodnienia polegają właśnie na zastępowaniu aktu małżeńskiego technicznymi interwencjami wobec komórek rozrodczych, i to poza organizmem mężczyzny i kobiety.

„Godność osoby ludzkiej wymaga, aby przychodziła ona na świat jako dar Boży i owoc aktu małżeńskiego, który jest właściwy i specyficzny dla jednoczącej i prokreacyjnej miłości między małżonkami, a więc aktu, który z samej swojej natury okazuje się niezastąpiony.

Każdy więc środek i każda interwencja lekarska, jeśli chodzi o prokreację, powinna mieć funkcję pomocniczą i nigdy nie może zastępować aktu małżeńskiego (15 art. 22).

Taki akt osobowy jest wewnętrznym zjednoczeniem miłości małżonków, którzy dając się sobie całkowicie, przekazują życie. Jest to jedyny i nierozdzielny akt, równocześnie jednoczący i prokreacyjny, małżeński i rodzicielski” (15, art. 21).

Techniki sztucznego zapłodnienia zasłużyły w dokumentach Kościoła na w pełni negatywną ocenę również z tego powodu, iż wiążą się one z „produkcją” nadliczbowych embrionów ludzkich (istot ludzkich!), które są albo zabijane, albo używane do eksperymentowania. „Istota ludzka winna być szanowana —jako osoba - od pierwszej chwili swego istnienia” (19, art. I, 1).

„Od chwili, w której jajo zostaje zapłodnione, rozpoczyna się nowe życie, które nie jest życiem ojca lub matki, lecz nowej istoty ludzkiej, która rozwija się niezależnie od nich. Nie stałaby się ona istotą ludzką, jeśli nie byłaby nią od samego początku. Najnowsza wiedza genetyczna bardzo jasno potwierdza to wszystko, co zawsze było oczywiste... Pokazała ona, że istota żyjąca ma już od pierwszej chwili stałą strukturę czyli kod genetyczny: jest człowiekiem, i to człowiekiem niepodzielnym jako jednostka, wyposażonym we wszy-

skie właściwe sobie cechy. Od chwili zapłodnienia rozpoczyna się cudowny bieg życia każdego człowieka, którego jednak wszystkie zdolności wymagają czasu na właściwe uporządkowanie i przygotowanie do działania” (31, art. 12 i 13).

Papież Jan Paweł II naucza jednoznacznie: „Potępiam w sposób najbardziej jednoznaczny i formalny eksperymentalne manipulowanie ludzkim embrionem, ponieważ istota ludzka, od chwili poczęcia aż do śmierci, nie może być wykorzystywana do jakiegokolwiek celu” (9).

Na szczególnie negatywną ocenę zasługują techniki zapłodnienia sztucznego heterologicznego, tzn. takiego, kiedy komórki rozrodcze: męska (plemnik) i żeńska (owocyt) nie pochodzą od małżonków. W oparciu o dokumenty Stolicy Apostolskiej jest to jasno wyrażone w Karcie Pracowników Służby Zdrowia Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia (15):

W art. 27: „Techniki heterologiczne są «obciążone» {negatywnym charakterem etycznym} poczęcia oddzielonego od małżeństwa. Odwołanie się do gamet osób zewnętrznych w stosunku do małżonków zaprzecza jedności małżeństwa i wierności małżonków oraz obraża prawo dziecka do bycia poczętym i wydanym na świat w małżeństwie i przez małżeństwo.

W art. 28: „Z tych samych powodów, obciążonych brakiem węzła małżeńskiego, jest moralnie niedopuszczalne sztuczne zapłodnienie kobiet niezamężnych i współżyjących”.

W art. 29: „Podobnie przeciwne godności kobiety, jedności małżeństwa i godności prokreacji osoby ludzkiej jest macierzyństwo «zastępcze»”.

Do stwierdzeń tych przyłącza się głos opublikowanej 21 czerwca 1994 r. deklaracji Papieskiej Akademii Obrony Życia: „Zapłodniona komórka jajowa, embrion czy płód nie mogą być odstępowane innym ani sprzedawane. Nie można mu odmówić prawa do stopniowego rozwoju w łonie własnej matki” (32).

Na koniec warto zacytować syntetyczne ujęcie całości tych zagadnień zawarte w encyklice „Evangelium Vitae” Jana Pawła II (6, art. 14): „Także różne techniki sztucznej reprodukcji, które wydają się

służyć życiu i często są stosowane z tą intencją, w rzeczywistości stwarzają możliwość nowych zamachów na życie. Są one nie do przyjęcia z punktu widzenia moralnego, ponieważ oddzielają prokreację od prawdziwie ludzkiego kontekstu aktu małżeńskiego, a ponadto stosujący te techniki do dziś notują wysoki procent niepowodzeń: dotyczy to nie tyle samego momentu zapłodnienia, ile następnej fazy rozwoju embrionu, wystawionego na ryzyko rychłej śmierci. Ponadto w wielu przypadkach wytwarza się większą liczbę embrionów, niż jest to konieczne dla przeniesienia któregoś z nich do łona matki, a następnie te tak zwane «embriony nadliczbowe» są zabijane lub wykorzystywane w badaniach naukowych, które mają rzekomo służyć postępowi nauki i medycyny, a w rzeczywistości redukują życie ludzkie jedynie do roli «materiału biologicznego», którym można swobodnie dysponować».

6.2. Terapia genetyczna, inżynieria genetyczna, klonowanie

Dwa z wymienionych w tytule kierunków działań - „terapia” i „inżynieria” - są opatrzone przymiotnikiem „genetyczna”. Oznacza to, że podstawową metodą ich realizowania jest przenoszenie, modyfikowanie lub zastępowanie genów w celu osiągnięcia efektu terapeutycznego lub udoskonalającego, a więc manipulacja genetyczna.

Celem terapii genetycznej jest leczenie takich chorób lub zaburzeń rozwojowych, które zależą od zaburzeń genetycznych (wadliwości lub braku genów). Terapia ta może polegać na korygowaniu defektów genetycznych komórek somatycznych lub zarodków w bardzo wczesnym stadium (1, 27, 28).

Referowanie w sposób szczegółowy metod i technik laboratoryjnych terapii genetycznej przekraczałoby zakres i cel tego podręcznika. Jednakże dla przybliżenia i spopularyzowania problemu manipulacji genetycznej warto przytoczyć tu cytowany przez wielu autorów pierwszy eksperyment o charakterze terapii genowej komórek

somatycznych (2, 4, 17, 23, 26). Sprawa dotyczyła czteroletniej dziewczynki w Bethesda (Maryland, USA), chorej z powodu niedoboru ważnego enzymu — dezaminazy adenozykowej (ADA). W dniu 14 września 1990 r. wykonano u dziecka eksperyment terapeutyczny, na który złożyły się następujące procedury: pobranie krwi dziecka, wyodrębnienie limfocytów z krwi, wprowadzenie do tych limfocytów kopii genów wytwarzających enzym ADA (geny te były połączone z DNA wirusa, który wprowadzono do limfocytów), następnie namnożenie tych skorygowanych limfocytów (zdolnych do wytwarzania enzymu ADA) i wprowadzenie ich z powrotem do krwioobiegu dziecka. Używane w tym doświadczeniu wirusy były tylko nieszkodliwym transporterem potrzebnych genów.

Fakt krótkiej żywotności limfocytów i konieczności powtarzania u dziecka tych zabiegów skłonił badaczy do skorzystania z innych komórek, a mianowicie komórek własnego szpiku kostnego pacjentki, po uprzednim odpowiednim przygotowaniu tych komórek za pomocą pewnych procedur laboratoryjnych. Rozwój naukowy w tej dziedzinie jest bardzo intensywny i szereg chorób będzie można w przyszłości leczyć tego rodzaju metodami.

Papież Jan Paweł II wyraził pełną aprobatę dla terapii genowej komórek somatycznych. W przemówieniu do uczestników Tygodnia Studiów Papieskiej Akademii Nauk w 1982 r. Ojciec św. stwierdził: *„Z zadowoleniem przyjąłem wiadomość, że wśród tematów rozważanych w czasie naszego Tygodnia Studiów zwróciliście uwagę na eksperymenty in vitro, które przyniosły rezultaty pomagające w leczeniu chorób pochodzących z defektów chromosomowych.*

Należy również ująć, że — w odniesieniu do waszej działalności — nowe techniki modyfikacji kodu genetycznego, w poszczególnych przypadkach chorób pochodzenia genetycznego lub chromosomowego, będą źródłem nadziei dla wielkiej liczby osób dotkniętych tymi schorzeniami.

Można też sądzić, że dzięki transferowi genów można będzie leczyć niektóre specyficzne choroby, takie jak na przykład niedokrwistość sierpowatą, która w wielu krajach dotyka jednostki o tym samym pochodzeniu etnicznym.

...Badania nowoczesnej biologii pozwalają żywić nadzieję, że transfer i mutacje genów mogą polepszyć stan zdrowia osób dotkniętych schorzeniami chromosomowymi; w ten sposób najmniejsze i najsłabsze spośród istot ludzkich będą mogły być leczone w okresie życia wewnątrzmacicznego czy też bezpośrednio po urodzeniu” (9).

Nie zmienia to - wyrażonego w wielu dokumentach papieskich i w innych dokumentach Kościoła - stanowczego postulatu szacunku dla życia ludzkiego od początku jego zaistnienia (13, 18) i postulatu „primum non nocere”. Jest to bardzo trudna sfera zagadnień.

Jak powiedział - nieco dyskusyjnie - Jacques Testart: „Przestańmy udawać, że wierzymy w neutralność badań naukowych, w to, że tylko ich zastosowania mogą być dobre lub złe... Wybory etyczne muszą być dokonywane pod prąd odkryć” (39).

Celem inżynierii genetycznej (w odróżnieniu od terapii) nie jest leczenie, ale doprowadzenie do powstania nowych właściwości dziedzicznych organizmu, czy to przez udoskonalenie niektórych jego cech, czy też dla ulepszenia kompleksu cech (4).

Warto tu przytoczyć syntetyczną i krytyczną ocenę tych „ingerujących” manipulacji genetycznych, sformułowaną w Karcie Pracowników Służby Zdrowia (Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia) (15, art. 13), opartą na cytowanych w niej dokumentach Kościoła: „*Jeśli chodzi natomiast o interwencje nie mające charakteru ściśle leczniczego, które «zmierzają do wytworzenia istot ludzkich dobranych według płci lub wcześniej ustalonych właściwości», a w każdym razie zmieniają dziedzictwo genetyczne jednostki i gatunku ludzkiego, «sq...przeciwnie godności osobowej istoty ludzkiej, jej integralności i tożsamości. Nie mogą więc w żaden sposób być usprawiedliwione przez wzgląd na ewentualne dobroczynne skutki dla przyszłych pokoleń»; «żadna użyteczność społeczna lub naukowa i żadna motywacja ideologiczna nigdy nie będą mogły uzasadnić interwencji w ludzkie dziedzictwo genetyczne, która nie miała by charakteru terapeutycznego, to znaczy nie byłaby w sobie ukierunkowana na naturalny rozwój istoty ludzkiej»”.*

Klonowanie jest tak szczególnym kierunkiem inżynierii genetycznej, że wymaga odrębnego omówienia.

Na obecnym etapie rozwoju nauk oraz instrumentów, jakimi się one posługują, zagadnienie klonowania organizmów wyższych pozostaje nie tylko w sferze ciekawostek, ale i eksperymentów naukowych. Prace na zwierzętach są prowadzone od wielu lat. Wiadomo jednak, że historia ludzka rozwija się czasem skokowo i wiadomo także, że w obecnym stanie rozwoju naukowego sklonowanie człowieka jest możliwe (29). Fakt, iż Rada Europy zaleceniem nr 1046 z roku 1986 zabroniła „tworzenia identycznych istot ludzkich przez klonowanie” (wg 36), a Parlament Europejski w rezolucji z 12 marca 1997 r. ogłosił zakaz klonowania istot ludzkich dowodzi, iż problem ten nie mieści się w strefie „science fiction”. Według Parlamentu Europejskiego klonowanie człowieka byłoby pogwałceniem jego praw, a przede wszystkim dwóch fundamentalnych zasad: zasady równości wszystkich ludzi i zasady niedyskryminacji.

Do procesu klonowania (20, 25, 38, 40, 42) potrzebne są dwie komórki. Pierwsza jest nie zapłodnionym owocytem, tzn. komórką jajową tuż po owulacji (p. s. 204, 267). Z owocytu tego usuwa się jego materiał genetyczny (jest to tzw. enukleacja, czyli usunięcie jądra komórkowego), a zamiast niego wprowadza się jądro z komórki somatycznej jakiejś tkanki od innego osobnika. Tę drugą komórkę można określić jako „dawcę” jądra komórkowego.

Stosowany jest także inny wariant tej procedury, polegający na łączeniu z enukleowanym owocytem nie samego jądra, ale całej komórki dawcy wraz z jej jądrem. W tej metodzie jest konieczne zastosowanie impulsu prądu elektrycznego, a to w dwóch celach: po pierwsze dla przerwania błon komórkowych i spowodowania fuzji tych komórek, po drugie dla pobudzenia owocytu do rozwoju, zastępując niejako tę stymulację, którą w naturalnych warunkach zapewniłby plemnik.

Tak przygotowany zarodek - lub (jak opisano wyżej) enukleowany owocyt z wprowadzonym do niego jądrem komórki somatycznej - wszczepia się do macicy lub do zastępczej macicy (czyli innemu osobnikowi). W wyniku tego rozwija się - i ewentualnie może przyjść na świat - osobnik, którego materiał genetyczny jest identyczny jak u „dawcy” jądra komórkowego przeniesionego do owocytu.

Tożsamość genetyczna decyduje o tym, że ten nowy osobnik może być kopią (repliką), jak gdyby identycznym bliźniakiem „dawcy”.

Niektórzy określają klonowanie jako rozród bezpłciowy organizmów, które w sposób naturalny rozwijają się płciowo. Pewnym usprawiedliwieniem takiego określenia jest fakt, iż w powstaniu komórki, która daje początek sklonowanemu organizmowi, nie uczestniczą jądra komórek rozrodczych ani żeńskiej, ani męskiej, gdyż nawet owocyt (tj. komórka jajowa bezpośrednio po owulacji) używany w tej procedurze jest pozbawiony materiału genetycznego (jądra).

W eksperymentach tych posługiwano się - jako „dawcami” jąder - komórkami somatycznymi różnych tkanek, np. w dawnych doświadczeniach, przeprowadzanych u żab, używano komórek nabłonka jelitowego, u owiec - fibroblastów (komórek tkanki łącznej) pobranych od płodów lub komórek gruczołu mlekowego ciężarnych owiec, a u myszy - komórek somatycznych z jąder dorosłych samców (a zatem nie plemników!), neuronów i komórek pęcherzykowych, otaczających świeżo owulowany owocyt.

Komórki somatyczne są zróżnicowane, tzn. uzyskują w toku rozwoju możliwość funkcjonowania jako komórki specjalistyczne, charakterystyczne dla danej tkanki czy narządu.

Jednakże w toku procedury klonowania jądra tych komórek podlegają odróżnicowaniu i komórki sklonowanego zarodka stają się pluripotencjalne, to znaczy, że może rozwinąć się z nich (- przy udziale owocytu pozbawionego jądra) cały organizm, a więc wszystkie tkanki i narządy.

W ostatnich latach szczególne zainteresowania badaczy budzą metody zmierzające do uzyskania komórek o bardzo wielkiej potencji rozwojowej, a więc wybitnie pluripotencjalnych. Są to tzw. macierzyste komórki embrionalne (embryonal stem cells) (20, 25, 40, 42).

Punktem wyjścia dla ich wytworzenia są komórki (powstałego w wyniku klonowania) zarodka w jego stadium blastocysty (22) lub pierwotne komórki płciowe z płodowego jądra, poddane hodowli na podłożu komórek odżywiających, rosnących na dnie naczynia hodowlanego.

Linie komórek macierzystych uzyskiwano z zarodków myszy, owcy, krowy, naczelnych i człowieka.

Komórki te mają zdolność do nieograniczonej proliferacji; są jednocześnie obdarzone wielką potencją rozwojową i mogą różnicować się w kierunku komórek wszystkich tkanek i narządów. Odpowiednie metody ich różnicowania pozwalają na wytworzenie i namnażanie komórek ściśle określonych narządów, a więc np. komórek serca, wątroby, trzustki, mięśni.

W tym kierunku badań upatruje się możliwości tworzenia narządów do przeszczepów.

Komórek macierzystych używano także jako dawców jąder w procesie klonowania, zwłaszcza w celu otrzymania w dalszej procedurze komórek zróżnicowanych, charakterystycznych dla określonych narządów.

Optymalnym osiągnięciem w tym zakresie byłoby uzyskanie takich narządów zwierzęcych, które nadawałyby się do przeszczepów u ludzi.

Wytwarzanie takich narządów z wykorzystaniem zarodków ludzkich - co równałoby się praktycznie ich uśmiercaniu - jest nie do przyjęcia z moralnego punktu widzenia.

Ostatnio prowadzone są badania nad wytworzeniem ludzkich pluripotentnych komórek macierzystych nie z zarodka ludzkiego ale z ludzkich komórek somatycznych, uzyskanych np. ze szpiku kostnego. Takie komórki macierzyste także mogłyby być źródłem wytwarzania różnych tkanek do przeszczepów, a z moralnego punktu widzenia procedura taka nie budziłaby zastrzeżeń.

Eksperymentalne procedury klonowania i inne manipulacje genetyczne stosowane u zwierząt, zwłaszcza u bydła, jako próby uzyskania osobników o większej użyteczności gospodarczej (np. mleczności, cech mięsa), a także u roślin - są bardzo pożytecznym kierunkiem działań człowieka. Natomiast przerażająca perspektywa klonowania człowieka zasługuje na jak najostrzejszą krytykę z punktu widzenia etycznego, cywilizacyjnego, religijnego, prawnego.

Klonowanie byłoby brutalną — wobec człowieka - formą manipulacji genetycznej, traktującej człowieka, jego narządy i komórki rozrodcze w sposób instrumentalny; manipulacją zmieniającą normalny rozród płciowy na produkcję laboratoryjną, a niewykluczo-

ne, że i przemysłową, zwłaszcza jeśli doszłoby w przyszłości do skonstruowania sztucznych macic.

W następstwie klonowania mogłoby dojść do absurdałnego zaburzenia relacji rodzinnych. Sklonowana kobieta byłaby np. siostrą - identyczną bliźniaczką swej matki, choć wiele od niej młodszą; córką swego dziadka i nie miałaby biologicznego ojca. A trzeba podkreślić, że ta istota ludzka niewątpliwie byłaby w pełni człowiekiem, ale o niesłychanie zaburzonej tożsamości i zlekceważonej godności ludzkiej.

„Projekt klonowania istot ludzkich to przejaw straszliwej dewiacji, na jaką skazana jest nauka pozbawiona wartości; to znak głębokiego zagubienia naszej cywilizacji, która szuka w nauce, technice i «jakości życia» surogatu sensu istnienia i zbawienia” (34).

Strach pomyśleć, czym mogłoby być użycie procesu klonowania do „produkcji” ludzi o określonych cechach. Jakich cechach? Jakich ludzi? W jakim celu? Kto by o tym wszystkim decydował? A ileż „poczętych” w ten sposób istnień ludzkich uległoby w tym procesie uśmierceniu?

* * *

Na zakończenie tych rozdziałów traktujących o manipulacjach genetycznych trzeba stwierdzić, że nie budzące zastrzeżeń moralnych - zwłaszcza lecznicze — manipulacje na komórkach somatycznych człowieka, ale także różne manipulacje na komórkach zwierzęcych lub roślinnych w celu produkcji substancji leczniczych czy żywności - mogą wnieść wiele dobra i postępu w życie ludzkie i w historię człowieka.

Jednocześnie nie można ustawać w przestrzeganiu przed rzekomym postępowaniem agresywnej manipulacji genetycznej, nie liczącym się z wartościami ludzkimi, w tym także etycznymi i z wartościami nadprzyrodzonymi, objawionymi.

Warto przytoczyć tu myśl papieża Jana Pawła II z jego przemówienia do uczestników Zjazdu Światowego Towarzystwa Lekarskiego z dnia 29. X. 1983 r. (10):

„Prawdę mówiąc, wyrażenie ((manipulacja genetyczna) jest pojęciem niejasnym i trzeba je uczynić przedmiotem istotnego rozróżnienia moralnego, gdyż z jednej strony obejmuje ono awanturnicze próby dążących do stworzenia, sam nie wiem -jakiegoś «nadczołowieka», z drugiej zaś kryje w sobie zbawienne dążenie do poprawienia anomalii, jakimi są niektóre choroby dziedziczne, nie wspominając już o dobroczynnych zastosowaniach w dziedzinie biologii zwierząt i roślin, tak użytecznych w produkcji żywności...Lecz, jak sami dostrzegacie, dziś przewyższenie rozdziału etyki od wiedzy i znalezienie ich dogłębnej jedności staje się konieczne bardziej niż kiedykolwiek przedtem”. (10).

6.3. Transplantacja narządów

„...to nie tylko zwyczajne danie czegoś z siebie, lecz ofiarowanie samego siebie. Ciała ludzkiego nie można bowiem rozpatrywać jako zespołu tkanek, narządów i funkcji, ale jako konstruktywną część osoby, która w ten sposób się przejawia i wyraża”

JAN PAWEŁ II - Z PRZEMÓWIENIA DO UCZESTNIKÓW XVIII MIĘDZYNARODOWEGO KONGRESU TOWARZYSTWA TRANSPLANTOLOGÓW, 29. VIII. 2000 (14)

Możliwość przeszczepiania narządów jest wielką i niekwestionowaną zdobyczą medycyny. W przypadkach niektórych ciężkich i groźnych chorób czy defektów organizmu transplantacja narządów okazuje się jedynym sposobem ratowania życia. Jest ona jednak nie tylko wielkim i bardzo trudnym zadaniem dla medycyny, ale jednocześnie jest wielkim wyzwaniem dla ludzkich postaw etycznych; dotyczy to w równej mierze naukowców i eksperymentatorów, prawników - legislatorów, lekarzy leczących tą metodą, organizatorów Służby Zdrowia, ośrodków opiniotwórczych, dawców narządów i wreszcie samych chorych - biorców organów, a więc ludzi leczonych tą metodą.

Pierwsze zadanie medycyny to szeroko pojęta diagnostyka. W konkretnych przypadkach sprawa zaczyna się od rozpoznania choroby i ustalenia koniecznych wskazań do dokonania przeszczepu narządu. Ale od tego momentu rozpoczyna się drugie, niezmiernie ważne zadanie poszukiwawcze i diagnostyczne: znalezienie odpowiedniego dawcy narządu.

Już od czasu stosowania transfuzji krwi, co właściwie jest także przeszczepem - „płynnej” - tkanki wiadomo, iż dawca musi być dobrany pod kątem zgodności grupy krwi z cechami grupowymi krwi biorcy. W przypadku przetoczenia krwi niezgodnej grupowo, biorca może być narażony na ciężkie i groźne reakcje ogólnego organizmu. Oznaczenie grup krwi jest stosunkowo prostym i szybkim testem laboratoryjnym, jaki wykonują przeszkoleni laboranci - analitycy, chociaż za wynik tego badania i skutki przetoczenia krwi odpowiedzialny jest lekarz, który zresztą może przerwać transfuzję w razie występowania u chorego, podczas przetaczania krwi, jakichś niepożądanych objawów.

Z przeszczepianiem narządów sprawa jest o wiele bardziej skomplikowana.

W przypadkach leczenia krwią trzeba stwierdzić, że utrata pewnej ilości krwi przez krwiodawcę jest dla niego - praktycznie biorąc — bez znaczenia. Sprawą o wiele bardziej skomplikowaną i nie pozbawioną możliwości jakichś następstw jest dla dawcy pozbycie się jakiegoś narządu i to drogą zabiegu chirurgicznego.

W transplantologii o wiele bardziej niż w transfuzjologii skomplikowana jest (teoretycznie i w zakresie techniki laboratoryjnej) sprawa dobrania odpowiedniego dawcy narządu pod kątem zgodności tkankowej. Dlaczego?

Otóż każdy organizm „troszczy się” o rozwój własnych tkanek, a zwalcza i eliminuje obce substancje (np. szkodliwe mikroorganizmy), które do niego wtargnęły. Organizm czyni to, aby utrzymać własną integralność, aby w zmieniającym się środowisku biologicznym - nie zawsze mu przychylnym - „pozostać sobą”, pozostać odpornym, nie obciążonym, wolnym (łac. immunis; stąd immunologia, nauka o odporności i sposobach reagowania organizmu na

obce czynniki). W ramach tej „kontroli immunologicznej” organizm toleruje -jak to się mówi - własne tkanki (pozwala im rozwijać się), a nie toleruje i eliminuje substancje i tkanki obce, obce antygeny.

Jeśli chodzi o krew, to o różnym stopniu zgodności czy niezgodności decydują cechy grupowe (grupy krwi). Tkanki ludzkie - poza krwią- także są nośnikami pewnych cech: są to tzw. antygeny zgodności tkankowej (Humań leucocytes antigen — HLA). Jest ich o wiele więcej niż cech grupowych krwi. Przeszczepienie narządu niezgodnego pod względem HLA groziłoby z pewnością odrzuceniem takiego przeszczepu, gdyż kontrola immunologiczna rozpoznałaby od razu „obcego”, w następstwie czego zadziałałyby komórki i różne mechanizmy eliminujące.

Wiadomo, że bardzo trudno jest dobrać dawcę o idealnym pokrewieństwie antygenowym. Toteż nawet przy najlepszych staraniach pod tym względem istnieje zawsze obawa przed zadziałaniem odrzucenia przeszczepu. Dlatego chorym, u których dokonano przeszczepu, podaje się środki tłumiące nadmierną odczynowość ustroju. Są to tzw. leki immunosupresyjne. Najbardziej komfortowa sytuacja pod względem zgodności tkankowej (tj. antygenów zgodności tkankowej) istnieje wówczas, jeśli biorca i dawca są jednojajowymi, identycznymi bliźniakami, co jest zresztą sytuacją i możliwością bardzo rzadką. Antygeny zgodności tkankowej są bowiem cechami uwarunkowanymi genetycznie.

Pozostaje wreszcie, jeśli chodzi o medyczną stronę zagadnienia, zasadnicza sprawa techniki chirurgicznej, podłączenia naczyń krwionośnych wszczepianego narządu do układu krążenia biorcy. Najbardziej - jak dotychczas - karkołomnym dla laików zabiegiem jest przeszczep serca.

Szczegółowe rozważanie technik postępowania chirurgicznego wykraczałoby poza zakres i cel tego podręcznika.

Warto natomiast dokonać pewnej klasyfikacji przeszczepów, różnienia między narządami pod względem celowości, możliwości i dopuszczalności ich przeszczepiania, jak również należy rozważyć warunki fizyczne i etyczne pobierania narządów do przeszczepu i wszczepiania ich biorcom.

Warto również posłużyć się syntetycznymi sformułowaniami Karty Pracowników Służby Zdrowia Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia (15). „Przeszczepy autoplastyczne, to znaczy takie, w których pobranie i przeszczepienie są dokonywane na tej samej osobie, są uprawnione przez zasadę całościowości, na mocy której jest możliwe zadysponowanie jakąś częścią dla integralnego dobra organizmu” (15, art. 84). „Przeszczepy homoplastyczne, to znaczy takie, w których pobranie jest dokonywane na jednostce tego samego rodzaju, co biorca (tzn. od człowieka do człowieka - S.L.), są uprawnione przez zasadę solidarności, która jednoczy istoty ludzkie i przez miłość, która dysponuje do daru wobec cierpiących braci” (15, art. 85).

Narządy parzyste (najczęściej chodzi o nerkę) mogą być pobierane do przeszczepów od osób żywych, a narządy nieparzyste - np. serce - tylko od dawcy zmarłego.

„Z moralnego punktu widzenia nie wszystkie narządy można dawać. Z przeszczepów należy wykluczyć mózgowie i gruczoły płciowe, które zapewniają tożsamość osobową i prokreacyjną osoby. Chodzi o narządy, dzięki którym ciało w sposób specyficzny nabiera niepowtarzalnej jedności osoby, do której ochrony jest zobowiązana medycyna” (15, art. 88).

Pobieranie narządów od człowieka żywego jest uprawnione i etyczne tylko wówczas, jeśli nie spowoduje to poważnego i nieodwracalnego uszczerbku zdrowia dawcy narządu, co potwierdził także papież Jan Paweł II (12).

Jeśli chodzi o pobranie narządu od osoby zmarłej, kategorycznym warunkiem takiej możliwości jest zaistnienie u zmarłego objawów śmierci osobniczej, to jest nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (p. wyżej, s.). „Gdy całkowita śmierć mózgu jest stwierdzona z pewnością, to znaczy po odpowiedniej weryfikacji, można przystąpić do pobrania narządów, jak również do sztucznego zastąpienia funkcji organizmu, by zachować przy życiu funkcje narządów ze względu na przeszczep” (15, art. 87).

Obowiązująca obecnie w Polsce Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (41) ustala, iż „pobrania ko-

morek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu” (Art. 4, ust. 1). Formy tego sprzeciwu są również w tejże ustawie ściśle określone.

Zgodę na pobranie narządu do przeszczepu od osoby zmarłej musi uprzednio wyrazić ktoś, kto reprezentuje ją w sposób uprawniony, zazwyczaj członkowie najbliższej rodziny (15, art. 90). W niektórych krajach jest propagowana idea wyrażenia za życia zgody na oddanie po śmierci własnych narządów do przeszczepów (np. rogówki). Omawiany kompleks zagadnień jest sferą bardzo trudną, pełną znaków zapytania, wątpliwości, różnych nastawień emocjonalnych i kulturowych, sferą spraw czasem bardzo dyskusyjnych. Największa chyba trudność i wątpliwości wynikają stąd, że śmierć człowieka nie jest zjawiskiem „sekundowym”, ale rozciąga się w czasie, a dawcą narządu do przeszczepu nie może być umierający człowiek, ale organizm z pewnością już nie żyjący. Ten absolutny warunek może nie sprzyjać możliwości uzyskania narządu w stanie nadającym się do przeszczepu.

Problem przechowywania narządów i tkanek, tworzenia ich „banków”, jest raczej zagadnieniem technicznym, ale już decyzje co do priorytetów w przydzielaniu tych narządów mogą być źródłem wielkich wątpliwości, również wątpliwości moralnych (37).

„Istnieją także przeszczepy heterologiczne, to znaczy narządów z jednostki z gatunku różnego od biorcy” (15, art. 89). „W zasadzie dopuszczalna jest transplantacja ze zwierzęcia, o ile przeszczepiony narząd nie narusza integralności genetycznej tożsamości osoby biorcy” (14).

Przeszczepem heterologicznym (ksenotransplantem) w żadnym razie nie mogą być więc zwierzęce gruczoły płciowe.

„Wśród przeszczepów heterologicznych należy także wymienić wprowadzenie narządów sztucznych, którego godziwość jest uwarunkowana rzeczywistym dobrem osoby i szacunkiem dla jej godności” (15, art. 89).

* * *

Transplantologia, narodziny tej dziedziny i jej dalszy rozwój, są w równej i równorzędnej mierze owocem z jednej strony odkryw-

czej myśli ludzkiej i postępu biomedycznego, z drugiej zaś - owocem aktu dawania siebie drugiemu człowiekowi.

Jak powiedział papież Jan Paweł II, „*przede wszystkim ta forma leczenia jest nierozzerwalnie związana z ludzkim aktem daru... Jest to decyzja ofiarowania, bez zapłaty, części swego własnego ciała ze względu na zdrowie i dobro innej osoby. W tym sensie medyczny akt przeszczepu umożliwia akt ofiarowania siebie samego przez dawcę; umożliwia ów szczerzy dar z siebie samego, który wyraża nasze istotne powołanie do miłości i komunii*” (12).

Bibliografia do Rozdziału 6

1. Archer Luis, ks.: *Terapia genowa w myśli katolickiej*. W: *Przegląd Powszechny* 1994, nr 2/870, s. 183 - 195;
2. Bołoz Wojciech: *Życie w ludzkich rękach (podstawowe zagadnienia bioetyczne)*. Wydawnictwo ATK, Warszawa 1997;
3. Boniecki Adam, ks.: *Nie wszystko, co technicznie jest możliwe...* W: *Tygodnik Powszechny* 1996, nr 33 (2458), s. 1 i 6;
4. Chyrowicz Barbara: *Dylematy ucznia czarnoksiężnika. Argumenty „za” i „przeciw” ingerowaniu w ludzki genotyp*. Znak 1996, 48, nr 12 (499), s. 50-62;
5. *Encyklopedia Powszechna PWN*. PWN, Warszawa 1973;
6. *Evangelium Vitae, Encyklika Ojca Świętego Jana Pawła II., O wartości i nienaruszalności życia ludzkiego*, z 25. III. 1995 r.;
7. Fronk Jan, Ząbek Jakub: *Słownik szkolny- Biochemia*. WSiP, Warszawa 1995;
8. Gajewski Wacław, Putrament Aleksandra: *Biologia -podręcznik dla klasy trzeciej i czwartej liceum ogólnokształcącego*. WSiP, Warszawa 1998;
9. Jan Paweł II: *Przemówienie do uczestników Tygodnia Studiów, zorganizowanego przez Papieską Akademię Nauk* 23. X. 1982 r. nt. „Eksperyment w biologii”. Polskie tłumaczenie w: „*W trosce o życie*” - Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej. Biblos, Tarnów 1998, s. 196-199 (L'Oss. Rom. Wyd.pol. 1982, 10, s. 8);

10. Jan Paweł II: *Podstawy deontologii lekarskiej — przemówienie do uczestników Zjazdu Światowego Towarzystwa Lekarskiego*, 29. X. 1983 r. Tłum. polskie w: „*W trosce o życie*” - Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej”, Biblos, Tarnów 1998, s. 204-208 (L 'Oss. Rom., wyd. pol. 1983. 10, s. 22);
11. Jan Paweł II: *Przemówienie do Unii Włoskich Prawników Katolickich*, 5. XII 1987. Insegnamenti 1987, X/3, 1295;
12. Jan Paweł II: *Najwyższy akt miłości — przemówienie do uczestników I Międzynarodowego Kongresu Towarzystwa Transplantacji Narządów*, 20. VI. 1991 r. Tłum. polskie w: „*W trosce o życie*” - Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej. Biblos, Tarnów 1998, s. 219-221;
13. Jan Paweł W: *Etyczne problemy genetyki — przemówienie do uczestników Sympozjum nt. „Aspekty prawne i etyczne badań nad genomem ludzkim”, zorganizowanego przez Papieską Akademię Nauk* 20. XI. 1993 r. Tłum. polskie w: „*W trosce o życie*” — wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej, Biblos, Tarnów 1998. s. 249-253;
14. *Jan Paweł II przypomina transplantologom o godności osoby ludzkiej*. Wiadomości KAI, 2000 (31. VIII.), nr 36, s. 25;
15. *Karta Pracowników Służby Zdrowia Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia*. Watykan 1995. Tłum. polskie: a) wydane przez Konwersatorium Etyki — „*Medycyna na miarę człowieka*” i Międzynarodową Unię Stowarzyszeń Raoula Follereau, Watykan 1995; b) w: „*W trosce o życie*” - wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej, Biblos, Tarnów 1998, s. 549-627, tłum. Krzysztof Niczyj;
16. *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Pallottinum, Poznań 1994;
17. Kłoskowski K.: *Bioetyczne aspekty inżynierii genetycznej*. Wydawnictwa ATK, Warszawa 1995;
18. *Komunikat IV Zgromadzenia Plenarnego Papieskiej Akademii „Pro Vita” na temat badań nad genomem ludzkim*, 25. II. 1998 r. Tłum. polskie w: „*W trosce o życie*” - Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej. Biblos. Tarnów 1998, s. 641-643 (L'Oss. Rom. wyd. pol. 1998/4, s. 37-38);
19. *Kongregacja Nauki Wiary: „Donum Vitae” (Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i godności jego przekazywania)*. Rzym, 22. II. 1987. Tłum. polskie: a) w: „*Refleksje nad etyką lekarską*”, red. Krystyna Osińska, Wydawnictwa Archidiecezji Warszawskiej, War-

szawa 1992, s. 47-73; b) w: „*W trosce o życie*” - Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej, Biblos 1998, s. 360-385;

20. Lanza Robert R, Cibelli Jose B., West Michael D.: „*Human therapeutic cloning*”. *Nature Medicine* 1999, 5(9), s. 975-977;

21. Lewiński Waldemar: *Biologia - podręcznik dla klasy trzeciej liceum ogólnokształcącego*. Operon 2000;

22. Mystkowska Ewa: *Rozwój przed — i okołoinplantacyjny zarodka*. Rozdz. 24. w: *Histologia z elementami biologii molekularnej*. Red.: S. Moskalewski i W. Sawicki. Warszawska Akademia Medyczna, Warszawa 1995, s. 244-254;

23. Mystkowska Ewa: *Zwierzęta transgeniczne*. Rozdz. 25. w: *Histologia z elementami biologii molekularnej*. Red.: S. Moskalewski, W. Sawicki. WAM, Warszawa 1995, s. 255-266;

24. Mystkowska-Bączkowska Ewa: *Zapłodnienie in vitro w aspekcie biologicznym i nauce Kościoła*. Maszynopis 1996;

25. Mystkowska-Bączkowska Ewa: *Perspektywy klonowania człowieka*. Maszynopis 2000;

26. Niebrój Lesław: *U początków ludzkiego życia*. Wyd. Nauk. PAT, Kraków 1997;

27. Nowak Jerzy: *Farmakoterapia genowa*. W: *Gazeta Lekarska* 1996, nr 5, s. 37-39;

28. Nowak Jerzy: *Ludzki genom - nadzieje i zagrożenia*. Znak 1996, 12(499), s. 25-43;

29. Nussbaum Martha C, Sunstein Cass R.: *Czy powstanie klon człowieka? Fakty i fantazje*. Diogenes, Warszawa 2000;

30. Pius XII: *Przemówienie do uczestników IV Kongresu Międzynarodowego Lekarzy Katolickich*, 29. IX. 1949 r., AAS 1949, 41 (ser. II, v. XVI), nr 13, s. 557-561;

31. *Questio de abortu - Deklaracja o przerywaniu ciąży Kongregacji Nauki Wiary*, 18. XI. 1974. Polskie tłum. w: „*W trosce o życie*” - wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej. Biblos, Tarnów 1998, s. 303-315 (AAS 1974, 66, 738);

32. Rada Naczelna Papieskiej Akademii Obrony Życia: *Deklaracja z dnia 21. VI. 1994 r.* W: *L'Osservatore Romano*, wyd. polskie 1994, 15, nr 9-10(166), s. 42;

33. Radwan Jerzy: *Niepłodność małżeńska i rozród wspomagany*. Rozdz. 16., w: *Ginekologia w praktyce lekarza rodzinnego*. Red.: B. Chazan. PZWL, Warszawa 1997, s. 147-162;

34. *Refleksje na temat klonowania - Papieskiej Akademii „Pro Vita”*, 25. VI. 1997 r. Tłum. polskie w: „*W trosce o życie*” - Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej. Biblos, Tarnów 1998, s. 634-643 (*L'Oss. Rom.*, wyd. pol. 1997/10, s. 49-52);

35. Rieger Rigomar, Michaelis Arnd, Green Melvin N.: *Słownik terminów genetycznych*. PWRiL, Warszawa 1974;

36. Sgreccia Elio, bp: *Człowiek ma prawo do życia od chwili poczęcia*. W: *L'Osservatore Romano* 1994, 15, nr 2, s. 58-59;

37. Szulc Roman: *Przeszczepianie narządów - możliwości i granice. Próba spojrzenia etycznego*. *Ethos* 1994, nr 1 - 2 (25 - 26), s. 208-213;

38. Tarkowski Andrzej: *Cóż tam panie w embriologii (ssaków)? Zarodki trzymają się mocno?* *Postępy Biologii Komórki* 1999, 26, suplement 12, s. 3-7;

39. Testart Jacques: *Przejrzysta komórka*. PIW 1990;

40. Trounson A., Pera M.: *Potential benefits of cell cloning for human medicine*. *Reprod. Fertil. Dev.* 1998, 10, s. 121-125;

41. Ustawa z dnia 26. X. 1995 r. *O pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*. *Dziennik Ustaw RP* z 1995 r. nr 138, poz. 682, s. 3008-3012;

42. Wilmut Jan: *Klonowanie i medycyna*. W: *Świat Nauki* 1999, nr 2, s. 34-39.

7. ŹRÓDŁA

Autor książki wyraża podziękowanie za możliwość przedruku niektórych rycin ich autorom oraz wydawcom publikacji, skąd zostały one zaczerpnięte; są to:

- w Rozdziale 2.: ryciny od 4. do 8. na stronach: 85-88 zaczerpnięte z książki T.A. Harrisa „W zgodzie z sobą i z tobą”, wydanej przez PAX (w cytowanej bibliografii pozycja 25.);
- w Rozdziale 3.: rycina 20. na str. 172, zaczerpnięta z rozdziału S. Raszei: „Tanatologia ogólna”, z podręcznika medycyny sądowej, wydanego przez PZWL (w cytowanej bibliografii pozycja 38.);
- w Rozdziale 5.: rycina 27a na str. 217 z rozdziału E. Łukaszewicz: „Ciąża” z „Encyklopedii Zdrowia”, wydanej przez PWN, red.: W.S. Gumułka i W. Rewerski, wyd. I, Warszawa, 1992;
- w rozdz. 5.: ryciny 27b i 27c na str. 217, zaczerpnięte z podręcznika Ralpa C.Bensona „Położnictwo i ginekologia”, wyd. II, opublikowanego przez PZWL, Warszawa, 1988 r. (tłumaczenie: Ralph C.Benson „Handbook of obstetrics and gynecology”, Lange Medical Publications, Los Altos, California 1983, edition eighth).

INFORMACJA O AUTORZE



Stanisław Luft, ur. w 1924 r., profesor dr hab. medycyny, lekarz specjalista w zakresie chorób wewnętrznych i reumatologii.

Od początku roku akademickiego 1957/58 prowadzi wykłady z medycyny pastoralnej w Wyższym Metropolitalnym Seminarium Duchownym w Warszawie.

W związku z tym w roku 1990 został uhonorowany odznaczeniem papieskim „Pro Ecclesia et Pontifice”. Jest członkiem Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich. Uczestniczył w międzynarodowym symposium: „Primum Medicinae Pastoralis Symposium”, które odbyło się w dniach 26-29.IX.1983 r. w Instytucie Filozoficzno-Teologicznym Opactwa Zakonu Cystersów w Heiligenkreutz pod Wiedniem.

Od ponad 25 lat prowadzi wspólnie z żoną prelekcje na temat płciowości człowieka, małżeństwa i naturalnego planowania rodziny, regularnie dla grup narzeczonych w parafii św. Andrzeja Boboli w Warszawie, a doraźnie – dla innych grup młodzieżowych.

W okresie pracy w Instytucie Reumatologicznym w Warszawie, tj. w latach 1955-1994, prowadził – poza pracą lekarską – wykłady dla studentów i lekarzy oraz badania naukowe kliniczne i doświadczalno-laboratoryjne w zakresie reumatologii, a w szczególności w dziedzinach: diagnostyki serologicznej, immunologii klinicznej i farmakoterapii.

Opublikował z zakresu reumatologii 4 podręczniki dla lekarzy i około 150 innych publikacji (prace kliniczne i doświadczalne, przeglądowe, kazuistyczne, rozdziały w podręcznikach, prace popularnonaukowe, recenzje, komunikaty).

