

# Mnóstwo życia jeszcze

ROZMOWA Z *PIOTREM KRAKOWIAKIEM*,  
KSIĘDZEM I PSYCHOLOGIEM, O EMOCJI  
NAJPOWSZECHNIEJSZEJ: STRACHU PRZED ŚMIERCIA



**RYSZARDA SOCHA:** – Boimy się śmierci. Zarówno ci, którzy uważają, że oznacza ona absolutny kres ich życia, jak i ci, którzy wierzą, że potem jest jeszcze jakiś inny, lepszy świat.

**KS. DR PIOTR KRAKOWIAK:** – To prawda, że boimy się niezależnie od tego, jak bardzo jesteśmy wierzący albo niewierzący. Lęk przed śmiercią jest tak stary jak historia ludzkości. Stał się kołem napędowym filozofii, teologii, sztuki, religii, literatury. Wynika on z tego, że chodzi o doświadczenie jednorazowe, niepowtarzalne, niesprawdzalne. Choć od lat towarzyszę ludziom umierającym, choć często pytam, co czują, kiedy ich śmierć się zbliża, to nie wiem, co sam będę czuł. Znane są tylko doświadczenia z sytuacji granicznych, zwłaszcza tzw. śmierci klinicznej.

**KS. DR PIOTR KRAKOWIAK** ze zgromadzenia księży pallotynów (SAC) jest od 1990 r. związany z ruchem hospicyjnym. Dyrektor Hospicjum im. Ks. Eugeniusza Dutkiewicza w Gdańsku, założyciel Fundacji Hospicyjnej, krajowy duszpasterz hospicjów, teolog, psycholog i inicjator edukacji społecznej na temat końca życia i wolontariatu hospicyjnego. Studia, praktyki i badania naukowe w Poliklinice Gemelli w Rzymie oraz w hospicjach i szpitalach w USA zakończył interdyscyplinarnym doktoratem z teologii i psychologii pastoralnej. Wykłada zagadnienia związane z końcem życia (z zakresu psychologii, teologii, pedagogiki, pracy socjalnej) na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, w Wyższej Szkole Edukacji Zdrowotnej w Łodzi oraz w czasie licznych sympozjów i spotkań hospicyjnych w kraju i za granicą.

▷ **Swego czasu furorę zrobiła książka „Życie po życiu”, oparta na relacjach tych, którzy doświadczyli śmierci klinicznej. Łagodziła lęk przed śmiercią?**

Po lekturze tego rodzaju książek spodziewamy się, że śmierć będzie doświadczeniem podobnym do tego z sytuacji granicznej. Ale nie mamy podstaw, by tak uważać.

**Czy książd, towarzysząc umierającym, jakoś oswoił własne obawy?**

Nie oswoiłem, ale oswajam za każdym razem, kiedy jestem przy konającym. Dla ludzi pracujących na intensywnej terapii, na oddziałach geriatrycznych, oddziałach opieki paliatywnej czy w hospicjach, wszędzie tam, gdzie śmierć jest codziennością, wyzwaniem jest, żeby się nie znieczulić, żeby to nie spowszedniało, nie stało się rutyną. Bo niepokój można w sobie oswajać, ale można go zbanalizować, by nie dotykał wnętrza, a nawet zmerkantylizować, co pokazuje przypadek sanitariuszy i lekarzy z Łodzi, którzy handlowali „skórami”. Ważne jest, żeby o umieraniu mówić, nie czynić tabu z tej jednej pewnej rzeczy, która czeka każdego z nas.

## Jest mnóstwo do zrobienia

**W jednej ze swoich publikacji użył książd sformułowania, że chodzi o społeczny powrót do ideałów**

*To w nas dorosłych jest skłonność do traktowania śmierci jako tabu. Dzieci traktują śmierć jako coś naturalnego, element przyrody – kwiaty przekwitają, ich zwierzątka umierają i człowiek też.*

◆ **ars moriendi – sztuki umierania. Do jakich czasów i wzorców mielibyśmy wracać?**

Kiedy ludzie żyli w małych, lokalnych społecznościach, śmierć była oswojona. Zaczęło się to zmieniać 100–150 lat temu wraz z procesami urbanizacji i industrializacji. Śmierć stała się bardziej zdziwczą. Oba te określenia pochodzą od Philipa Ariesa, filozofa, kulturoznawcy i badacza śmierci. Wcześniej człowiek chorował i umierał w domu otoczony rodziną, bliskimi, wspierany czuwaniem i modlitwą wspólnoty. Dzisiaj często nie zna swoich sąsiadów z bloku. Karetka na sygnale wiezie go do szpitala. Umiera na sterylnym oddziale, gdzie pika coraz bardziej skomplikowana aparatura, gdzie bliscy nie zawsze mogą wejść, by pożegnać się z umierającym.

**Teraz śmierć postrzega się jako porażkę medycyny. Mówi się: przegrał walkę z chorobą...**

Albo: nic więcej już nie można zrobić. Już w latach 60. zwróciła na to uwagę Elisabeth Kubler-Ross, psychiatra, Szwajcarka, która wyemigrowała do USA i pierwszą pracę dostała w szpitalu miejskim w Chicago. Pacjenci beznadziejnie chorzy byli trzymeni w najgorszym miejscu tego szpitala. Kubler-Ross pochodziła z małej miejscowości w górach, gdzie śmierć była oswojona. I nagle zetknęła się ze śmiercią anonimową, wypartą. To sprawiło, że stała się jedną z prekursorów współczesnej medycyny paliatywnej i hospicyjnej. Powiedziała: jest jeszcze mnóstwo do zrobienia, możemy poprawić jakość życia tych chorych, sprawić, że ich ostatnie dni czy tygodnie staną się czasem na spo-

tkania z najbliższymi, ale też z lekarzami, pielęgniarkami, wolontariuszami. Była jedną z tych osób, które przywróciły tę dobrą tradycję towarzyszenia chorym w ostatnim etapie życia. Niektórzy mówią o rewolucji hospicyjnej. Ale tak naprawdę jest to powrót do tego, czego nam we współczesnym zabieganym świecie zaczęło brakować. Ten nasz świat jest mocno wychylony w kierunku sukcesu. Jest nastawiony na to, by więcej produkować, kupować, eksplorować życie, a nie myśleć o tym, że gdzieś jest jego koniec.

**Sądzi książd, że zachwiana została pewna równowaga?**

Trochę na własne życzenie żyjemy w kulturze, która nas oszukuje, pragnie schować przed nami to, co nieumienne. Fascynują mnie spotkania z młodymi wolontariuszami. Zwykle w hospicjum po raz pierwszy mają okazję pomyśleć, że śmierć jest rzeczywistością, która ich też dotyczy, że wcześniej czy później pojawi się w ich rodzinie. Niektóre poradniki psychologii uznają za niewłaściwe zabieranie dziecka na pogrzeb, bo to wywołuje stres. W ruchu hospicyjnym uważamy, że dziecko powinno uczestniczyć w pogrzebie, ale po odpowiednim przygotowaniu. Nie boimy się mówić o problematyce końca życia w szkołach. Chociaż na początku mieliśmy telefony od rodziców: jak to, dzieci prowadzicie do hospicjum, zwariowaliście?

**Co książd odpowiada?**

To w nas dorosłych jest nieoswojony lęk, skłonność do traktowania śmierci jako tabu. Dzieci traktują śmierć jako coś naturalnego, element przyrody – kwiaty przekwitają, ich zwierzątka umierają i człowiek też. W Gdańsku współpracujemy z 70 szkołami. Oczywiście nie pokazujemy agonii, pokazujemy, że życie ma również ten element, którego nie zobaczą w mediach. A jeśli zobaczą, to śmierć straszna – w wypadku samochodowym czy lotniczym, w pożarze, na wojnie. Tak umiera tylko 1 proc. ludzi, 99 proc. umrze w szpitalu albo w domu we własnym łóżku. Ta śmierć ze starości, z choroby, jest niemedialna, mało ciekawa, zwyczajna, jak zwyczajne jest życie.

## Jest mnóstwo do usłyszenia

**Wychylenie ku życiu – jak to książd nazwał – sprawia, że zatracamy świadomość uciekającego czasu i tym samym łatwiej go marnotrawimy. Może i eksplorujemy życie, ale dość powierzchownie. Wydaje się, że perspektywa śmierci, choć bolesna, działa trzeźwiąco, przywraca właściwą hierarchię spraw.**

Potwierdzam to na podstawie osobistych doświadczeń. Kontakt z ludźmi ciężko chorymi, umierającymi przewartościowuje moje priorytety i chyba też bardziej umiem się cieszyć życiem. A na pewno bardziej doceniam zdrowie. Nasi wolontariusze na początku mają poczucie, że dużo ofiarowują, że są tacy dobrzy. Ale szybko się to zmienia, dochodzą do wniosku, że więcej otrzymują.

**Co otrzymują?**

Sporo zależy od tego, ile odwagi zainwestuje się w spotkanie z człowiekiem na tym ostatnim etapie. Dotyczy to chorego, jego rodziny, opiekunów hospi-

cyjnych. Często rodzina odgrywa coś, co nazywamy teatrem u kresu życia. Nakłada maski, mówi: „jak pięknie dziś wyglądasz”, chociaż rzeczywistość temu przeczy. Obie strony grają, obie są sfrustrowane i cierpią. Bo może chory chciałby powiedzieć coś ważnego swojej córce, ale jak to zrobić, skoro ona ciągle mu wmawia, że wszystko będzie dobrze? Uczymy rodziny, pracowników hospicjum i wolontariuszy, żeby w ostatnich godzinach życia byli przy łóżku chorego mniej aktywni.

#### **To znaczy?**

Mam ciągle w pamięci obraz młodego lekarza, który wcześniej jako praktykant jeździł w karetce pogotowia. Przy swoim pierwszym umierającym w hospicjum przystąpił do reanimacji. Powstrzymałem go – tutaj człowiek ma prawo umrzeć w spokoju. Był zdziwiony, że są sytuacje, kiedy pasywność to najlepsze, co można zrobić. W mojej ocenie większym problemem niż szeroko dziś dyskutowany problem eutanazji jest uporczywa terapia. Często zresztą powodowana lękiem, żeby nie być posądzonym o skłonność do eutanazji. Gdy patrzę na wyniki sondaży, według których połowa społeczeństwa chce, by eutanazja była możliwa, to myślę, że jest to także informacja – nie wprost – iż połowa społeczeństwa bardzo boi się śmierci. To także przynaglenie do edukacji społecznej na temat końca życia.

## **Jest mnóstwo do powiedzenia**

**Chorzy, którzy trafiają do hospicjum, zapewne wiedzą, że to już końcowy etap.**

Niestety, zdarza się dosyć często, że przychodzą do nas ludzie, nawet po dłuższym leczeniu onkologicznym, którym nikt nie przekazał jednoznacznej informacji, jak poważna jest ich sytuacja. Wiadomo, że są dwie szkoły. Lekarz amerykański niekiedy od razu przy pierwszej wizycie mówi: ma pani raka i, według naszej wiedzy, pani życie nie będzie trwało dłużej niż 6 miesięcy. To jest jak uderzenie obuchem w głowę. Może w społeczeństwie amerykańskim, które jest bardzo otwarte i bezpośrednie, taki komunikat jest łatwiej przyswajalny. Zresztą w następnym zdaniu ten lekarz z reguły mówi o pomocy psychologicznej i o grupach wsparcia. U nas przez wiele lat obowiązywał model tak zwanych białych kłamstw, czyli przekazywania tylko części prawdy, żeby nie odbierać nadziei.

**Prawda jest chyba lepsza, bo wtedy można pełniej wykorzystać ten czas, jaki pozostaje.**

To nie jest tak, że któryś z tych modeli jest jednoznacznie dobry, a drugi zły. W obu jest coś z szacunku dla człowieka. Uważam, że w naszej kulturze powinniśmy potraktować prawdę jako kolejne lekarstwo i jej dawkę mierzyć miarą gotowości człowieka do tego, aby ją przyjąć. Jestem natomiast przeciwnikiem, by mówić rodzinie, a nie mówić choremu. Bo to nie fair. Ważne jest też, żeby lekarz nie był jedyną osobą, która tę prawdę przekazuje. W opiece paliatywno-hospicyjnej mówimy o interdyscyplinarności, gdzie każdy w zespole może spełnić różne role, zależnie od woli pacjenta. Często chory o swoich odczuciach nie rozmawia z le-

karzem, z księdzem czy z psychologiem, ale z pielęgniarką, salową czy wolontariuszem. Każdy z nas może towarzyszyć osobie u kresu życia. Każdy może sprawić, żeby ta ostatnia faza była dla kogoś mniej bolesna, mniej samotna, mniej rozpaczliwa. To trochę antyteza przyjętej w dzisiejszym świecie zasady, że od wszystkich są profesjonaliści.

**Czy wielu chorych terminalnie do końca broni się przed wiedzą na temat swojego stanu?**

Dużo osób do końca ma nadzieję, że znajdzie się jakiś cudowny lek. I w medycynie paliatywnej sztuka polega na tym, żeby tej nadziei nie zabierać, tylko przekierować ją na dobrą jakość życia na tym ostatnim etapie: nie możemy pana wyleczyć, ale możemy skutecznie zlikwidować różne rodzaje bólu – od tego fizycznego po totalny, związany z poczuciem wykluczenia. Nawet jeśli ktoś jest karmiony przez sondę, to na Wigilię może dostać swój ulubiony barszcz.

**Przecież przez sondę nie poczuje smaku.**

Ale poczuje zapach, zobaczy osobę, która pieczolowicie rozdrabnia potrawę. Może się poczuć częścią zbiorowości, która uczestniczy w rytuale. To istotne. Niektórzy, choć nie mogą już przełknąć, zamawiają śledzia w śmietanie, bo chcą powąchać, chcą wiedzieć, że to specjalnie dla nich przygotowano tę potrawę, że wciąż są dla innych ważni. Ludzie u kresu życia czu-

*Więszym problemem niż szeroko dziś dyskutowany problem eutanazji jest uporczywa terapia. Często zresztą powodowana lękiem, żeby nie być posądzonym o skłonność do eutanazji.*

ją się czasem przeszkodą dla bliskich, obciążeniem. Zwłaszcza gdy w grę wchodzi płacenie za opiekę. Dlatego bardzo podkreślamy, że opieka paliatywno-hospicyjna w Polsce jest bezpłatna dzięki kontraktom z NFZ i życzliwości społeczeństwa. W hospicjum staramy się chorych nie izolować, rodzina ma wejście przez 24 godziny na dobę. Są koncerty. Przychodzą do nas dzieci i młodzież. Nasi chorzy, najczęściej ludzie starsi, mogą się spotkać z „wnukami”, odnaleźć zagubiony kontakt międzypokoleniowy. Tych realnych wnuków nieraz nie widzą wcale albo widzą za mało.

## **Jest mnóstwo do dania**

**Czego można się nauczyć od osób mających świadomość rychłej śmierci?**

Żyjemy w świecie wypełnionym rzeczami. Dla tych chorych rzeczy przestają mieć znaczenie. Oni już się nimi tak bardzo nie cieszą. O wiele cenniejszy jest czas, który im ofiarujemy, spotkanie z drugą osobą, wymiana myśli. Mają świadomość, że pakują się do podróży. Co zabiorą ze sobą? Wspomnienia, relacje z innymi ludźmi, załatwione sprawy. Ale potrafią się cieszyć z drobniaków, na przykład kiedy ktoś poczyta im ulubioną książkę, poprawi fryzurę, umaluje oczy.

**Rzeczy nie są ważne, ale wygląd tak?**

Wygląd, zapach. Człowiek, choć zdegradowany fizycznie, chce pokazać, że dba o siebie, stara się być pełnowartościowy. Nas to bycie z chorymi uczy doceniać takie naturalne elementy życia, które w tym ▶



*Ważna jest obecność, trzymanie za rękę, bycie obok.*

▷ biegu zupełnie umykają, to jak istotne są proste przyjemności, na przykład kubek zwyczajnej herbaty wypity razem z bliską osobą. Jak ważne są relacje między ludźmi, ich szczerłość, prawdziwość, słowo, które nie jest słowotokiem, ale jest przetykane milczeniem i słuchaniem. W ten sposób tworzy się przestrzeń, która pozwala przyjąć i utrzymać uczucia. Te radosne – dobrze, że tu jesteś. Ale i te trudne – nie wiem, co będzie po drugiej stronie, boję się. Ważne jest, żeby nie spanikować. Powiedzieć: ja też się boję, też nie wiem, ale cię kocham i chcę być z tobą w tym momencie. Sięgnąć do podstawowych odruchów, do najprostszych sposobów komunikacji. Zdarza się, że musimy uczyć tego rodziny, które są przy umierającym tak zaafierowane, że zrobiłyby setki rzeczy, kupiły setki przedmiotów, ściągnęły stu specjalistów, a nie umieją stu sekund wytrzymać w ciszy.

#### **Z przyzwyczajenia zachowują się zadaniowo.**

Sam się czasem łapię na tym, że tak się nakręcą *pro life* w tych aktywnościach związanych z końcem życia, że też nie mam dostatecznej cierpliwości, by pobyć przy chorym, przy jego rodzinie i posłuchać. To, niestety, ciągle proces deformacji związany z tym, w jakim kontekście żyjemy. Ten kontekst nie sprzyja zaspokojeniu najprostszych potrzeb człowieka. A one są wtedy najważniejsze – obecność, komunikacja na tym najprostszym poziomie: trzymanie za rękę, słu-

chania, asekuracji, że jestem obok, że kocham. Gdyby zebrać istotę poradnictwa i terapii w opiece paliatywnej, to ona się właśnie do tego sprowadza. Bo to daje nadzieję, zmniejsza poczucie samotności, sprawia, że mniej się boimy u kresu.

## **Jest mnóstwo do zabrania**

**Czy świadomość dokonań życiowych – dorobek żądowy, udana rodzina, poczucie spełnienia – pomagają jakoś w ostatnich chwilach?**

Myszę, że tu dzieje się coś podobnego jak ze stosunkiem do rzeczy. Sukces mierzony pieniędzmi czy ilością dokonań traci na znaczeniu. Ważniejsze, na ile mogę być zadowolony z tego, jak żyłem, czy zostawiam po sobie coś, co będzie dalej żyło, czy będę pamiętany jako dobry człowiek.

#### **A jeśli ten pozytywny bagaż jest mizerny?**

Wielu ludzi ma poczucie słabości, grzeszności. Czasem jest to konsekwencją systemu wartości moralnych, poczucia winy, bo coś się w życiu nie udało. Wtedy zadaniem bliskich, a także spowiednika czy psychologa jest ukazać takiej osobie, że koncentrując się na tym, co złe, wadliwe i trudne, nie zauważa dobra, które było. Myszę, że wiele osób nie wie o tym, że Kościół, który wprowadza różne restrykcje związane z tym, kto może przystąpić do spowiedzi i przyjmować komunię albo nie, w hospicjum, kiedy jest bliskość śmierci, nikomu tego nie zabrania. Jako kapelan hospicyjny mam prawo każdego rozgrzeszyć i być hojnym szafarzem Bożego miłosierdzia.

**Dużo osób niewierzących pozostaje do końca wierzącym swoim przekonaniom?**

Hospicja są ekumeniczne, z czego jestem dumny. Mam w swoim doświadczeniu równie ciekawe spowiedzi osób wierzących, jak i rozmowy z tymi, które nie są wierzące lub do końca poszukują. Bo dotykamy przestrzeni duchowości, gdzie pewne pytania są wspólne. Niewierzący są wdzięczni, że ich nie nawracamy, że nie chcemy ich karmić przed śmiercią takim – przepraszam za określenie – cukierkiem wiary: na wszelki wypadek przyjmij ten sakrament. Życie każdego z nas jest jakąś misją. Jeśli ktoś widział w swoim życiu głęboką sensowność, to umiera zazwyczaj z poczuciem sensu.

**Jaka jest księdza odpowiedź na pytanie: po co żyjemy?**

Ha! Po to, żeby świat wokół nas stał się choć odrobinę lepszy. Żeby innym zostawić coś ważnego, do czego jesteśmy prawdziwie przekonani. Żeby zostawić jakąś część siebie w ludziach, których mogliśmy kształtować. I jak różne są dziedziny, w których pracujemy, tak różne są nasze powołania i dzieła życiowe. Jeżeli, mimo rozmaitych porażek, mamy poczucie, iż dużo udało się zrobić, wtedy – jak sądzę – łatwiej jest umierać. Jeśli nazwać śmierć skokiem w przepaść, to myśl, że pozostawiamy po sobie coś pozytywnego, trochę tę przepaść rozświetla. Jeśli tę przepaść rozświetla wiara, to znowu jest odrobinę łatwiej. Choć zawsze jest to skok w nieznanne. Tak myślę, ale wiedzy i pewności nie mam.

ROZMAWIAŁA RYSZARDA SOCHA

Autorka jest dziennikarką POLITYKI.