

**Dr Tadeusz Kobierzycki**  
**Orcid - 0000-0003-1011-2287**

## **Człowiek w szpitalu (dom, warsztat, świątynia i cmentarz)**

### **Wstęp**

Wielkimi inicjacjami człowieka są narodziny i śmierć, życie tylu osób rodzących się tylko po to aby umrzeć, ginących z powodu uszkodzenia płodu, z głodu, podczas wojen i epidemii, w katastrofach samochodowych, w konfliktach rodzinnych, etnicznych, politycznych. Miliony osób na świecie doświadczają tej dramatycznej inicjacji, każdego dnia. Każda śmierć zadaje pytanie o sens życia. Jednym z efektów uspokojenia własnych sumień są w cywilizowanych rejonach świata hospicja, które funkcjonują podobnie dawniej grecka wyspa dla trędowatych lub jak rodzaj luksusowej pustelni dla świątobliwych, jak izolatorium lub przedpokój dla umierających. Czasem jest to droga przez szpital.

Śmierć jest wymówką życia, tak jak życie jest wymówką śmierci: „Mówmy sobie co chcemy, ale śmierć jest najlepszą rzeczą, jaka wynalazła natura, żeby zadowolic wszystkich. Z każdym z nas wszystko znika, ustaje na zawsze. Jakież to przywilej i jakie naduzycie! Bez najmniejszego wysiłku z naszej strony dysponujemy Wszechświatem, pociągamy go z sobą w nicość. Umieranie to coś niemoralnego bez dwóch zdań” . (E. Cioran, *De l'inconvenient d'être ne* (Paris 1973) , O niedogodności narodzin, tłum. Ireneusz Kania (Warszawa 2008, s. 134) .

W swoim wystąpieniu chciałbym przedstawić sytuację człowieka w szpitalu w kontekście czterech kontekstów życia, które tworzą : 1) dom, 2) warsztat, 3) świątynię i 4) cmentarz.

**Szpital jako dom** - Człowiek, który trafia do szpitala traktuje go jak własny dom, choć w gruncie rzeczy dostaje tam do dyspozycji na kilka dni lub tygodni, łóżko po innym pacjencie, jakiś ubiór, jedzenie, leki, zabiegi higieniczne, system badań, które mają go nastroić pozytywnie względem choroby. A także względem życia, które znalazło się na boczny, torze życia. To wszystko stwarza nadzieję i wytwarza lęk. Nadzieja wiąże się z procedurą leczniczą, lęk z przyczynami pobytu w szpitalu, który wyrывa z własnego środowiska życia. Z tego co normalne i zdrowe, a teraz jest „nie wiadomo dlaczego” nienormalne i niezdrowe. Nastrój, pełen ambiwalencji, wywołuje oprócz procesów zdrowienia, także procesy chorowania, które są skutkiem głównym lub ubocznym, terapii, korygującej leczoną chorobę.

W szpitalnym środowisku ożywają lub uaktywniają się stłumione procesy psychofizyczne, różnego rodzaju strachy, fobie, idiosynkrazje,. Ożywa cała stłumiona sfera psychicznego cienia, roszczenia, pretensje, zachowania agresywne i regresywne, pewien rodzaj rozpacz, który wynika z uaktywnienia się świadomości i procesów autointerpretacji swojego życia. To, co znajdowało się pod kontrolą niewidzialności, nieświadomości staje się teraz widzialne i coraz bardziej świadome. Część z tych nowych reakcji daje się opanować, część nie. W szpitalu rodzi się nowe ja człowieka - „pacjenta”, ja, które od tej pory będzie miało swoje miejsce w systemie biograficznym, nie tylko przez zdrowie ale i przez chorobę.

Te zmiany reaktywują lub tłumią ukryte do tej pory urazy rodzinne, które nagle ulegają powiększeniu, dawne rany zaczynają boleć po nowemu, mocniej. Inne odczucia słabną, stają się nieistotne, marginalne. Pojawia się poczucie pustki, porzucenia, pomyłki. Powstaje nowe poczucie granic cielesnych i umysłowych człowieka, który wkroczył w procesy chorowania, który ma poczucie deficytu władzy nad sobą, samosterowności, pewności, samospawności.

W szpitalu rozrasta się „syndrom uzależnienia”, chęć bycia zależnym od pomocy innych, od osób bliskich, z systemu rodzinnego, od osób aktualnie zamieszkujących salę chorych, a także od lekarzy, pielęgniarzy, dietetyków, personelu sprzątającego. A więc od systemu kontrolującego stan zdrowia pacjenta, osoby, która choruje w czasie dnia i nocy. W szpitalu pacjent i lekarz wraz z jego systemem terapeutycznym znajduje się w gotowości do akcji ratunkowej, gdyby trzeba było nagle ratować życie chorego, znajdującego się w szpitalu.

Urazy, których doznaje w szpitalu znajdujący się tam pacjent, wzmagają przedłużające się napięcia wynikające z obciążeń psychicznych i fizycznych wywołanych przez technologię i procedury organizacji szpitalnej. Taśmowa i błyskawiczna organizacja badań wstępnych jest dla pacjenta szokująca. Szybko dowiaduje się, że jego pobyt w szpitalu trzeba zapisać po stronie nieszczęścia. Wszelkie „zalety” szpitala, jak fachowość, czystość, sprawność opieki medycznej, nie równoważą udręk psychicznych.

Szpitalo-centriczna filozofia opieki i państwa, w którym leczenie jest „bezpłatne” - drogo kosztuje – i to nie tylko lekarzy, ale i pacjentów. Nawet tych, którzy tylko tam znajdują schronienie. Szpital w Polsce jest często „domem zastępczym”, terminalem, internatem chroniącym przed osobistą i społeczną bezdomnością. Jest więc maską bezdomności.

Na ideologię polskiego szpitala wpływa nie tylko dawna ideologia izolacyjna, mająca chronić zdrowych przed chorymi, taka, która nie potrafi dowartościować osób „nieefektywnych”, „niesprawnych”, „nieproduktywnych”. Prowadzi ona do zwyrodniałych form pozbywania się już nawet dzieci, a także dorosłych ludzi chorych i starych, wykluczanych z innych miejsc sceny społecznego egzystowania. Taki szpital staje się miejscem internowania i eksterminacji psychologicznej ludzi zaniedbanych przez samych siebie i zaniedbanych przez ich własne otoczenie. Nawet wtedy, gdy jest miejscem narodzin.

Rodziny, zwłaszcza wiejskie nie chcą np. odbierać do własnego domu ze szpitali tych osób, które uległy wypadkowi lub którym „pomieszły się” zmysły lub umysł. I to nie tylko dlatego, że same nie chcą zajmować się tymi nieproduktywnymi osobami, ale także dlatego, iż głęboko wierzą, że szpital jest najlepszym miejscem zdrowienia i egzystowania. Traktują szpital w sposób kultowy, niemal religijny. Tak jak dawniej traktowano świątynię Asklepiosa na Greckiej wyspie Kos. Szpitale w Polsce napełnione są „kultem choroby”, zamienianej w techniczne procedury lecznicze, i w projekty medycznego zbawienia albo potępienia.

Niektórzy pacjenci wywodzący się z domów biednych, zdewastowanych, zmarginalizowanych, czy destruktywnych, w których doznają nieszczęścia, mimo wszystko wolą wracać do nich uciekając ze szpitala, Nawet tacy „chorzy” identyfikują szpital jako miejsce nieszczęśliwe. Przyczyną jest zerwanie więzi z otoczeniem, zerwanie więzi pępowinowej, która w szpitalu jest na nowo aktywowana i przenoszona na lekarzy. A ci traktowani są jako dobrzy lub źli, alternatywni rodzice, w zależności od tego, w jaki sposób pacjenci byli traktowani w swoich własnych domach.

Niekiedy szpital staje się „super-domem”, źródłem nowej witalności. Widać to choćby w zachowaniach dietetycznych, pokazuje to namiętne przynoszenie żywnościowych paczek, które są w szpitalu niepotrzebne. Ale pomagają uspokoić emocje. Stąd reakcje bulimiczne, potrzeba objadania się i narzekanie na złą jakość posiłków szpitalnych. Co ciekawe w dużo mniejszym procencie spotkać można reakcje anorektyczne, maniakalne lub terapeutyczne głodówki, dla odzyskania zdrowia.

Zadomowienie się w szpitalu lekarzy tam pracujących, niszczy ich własny dom, zaburza go, patologizuje ich osobowość, rozbija ich poczucie własnej tożsamości. Ładunek patologii jaki spotykają w szpitalu, zamienia ich osobisty i lekarski los w rodzaj gry z nieszczęściem, z chorobą, z

losem, a dla osób religijnych także z Bogiem. Jedynym równoważnikiem tych gier z deficytem są zarobki, które stają się para-lekarstwem na udreki własne i doświadczany brak sensu życia (własnego i cudzego).

Udział w cudzym nieszczęściu znieczula, wywołuje apatię, albo wzbudza lęk, wywołuje smutek pacjenta i lekarza, rodziny i przyjaciół. Chwile radości z wyleczenia pacjenta są raczej powierzchowne, tak jak ból jest płytki, gdy zachoruje lub umrze ktoś nieznany. W szpitalu, który zastępuje dom powstaje coś w rodzaju „przemęczenia ze współczucia”, syndrom szpitalnego wypalenia.

Dla pacjenta pobyt w szpitalu bywa doświadczeniem pobytu w miejscu ratunku, i zbawienia, które miesza się z doświadczeniem bezsensu, pomyłki, nienormalności, jakie wkradły się w jego życie. Szpital jako dom ma charakter ambiwalentny, oznacza cofnięcie się do tyłu, aby pójść do przodu, zahamowanie w biegu życia, aby je przyspieszyć, ostrzeżenie, które otwiera ludzkie ja na własne granice i je transcenduje.

**Szpital jako warsztat** - Szpital jest nie tylko miejscem pobytu ludzi chorych, miejscem ich terapii, ale jest w równym stopniu miejscem pracy lekarzy, którzy czasem, nie w pełni świadomie podejmują ten zawód, lecząc swoje lęki przed chorobą i śmiercią. Aby wyleczyć kogoś z własnej rodziny, gdy czuli się jako dzieci bezradni wobec faktu choroby i śmierci. Swój dom zamienili teraz w swój warsztat. Nigdy nie wyszli z własnego domu choroby, który w ich oczach wymagał leczenia, rozszerzyli go na całe środowisko życia, na cały świat. Teraz chcą leczyć z rozmaitych dolegliwości, bólów fizycznych i egzystencjalnych innych ludzi. I świat.

Pacjent w szpitalu jest oderwany od własnego warsztatu pracy, nie tylko w domu, gdy tam także pracuje, i jeżeli nie jest pracownikiem tego samego szpitala. W naszym systemie życia, który zbudowany jest praco-centricznie, praca jest zsakralizowana jak bóstwo, od którego zależy los człowieka. Izolacja w szpitalu jest odcięciem od tego integrującego archetypu. A to wywołuje lęk, niepokój o jutro, czasem rozpacz. Choroba staje się wtedy doświadczeniem majeutycznym, dzięki niej rodzi się nowa świadomość siebie, życia i śmierci, których nie integruje już bóstwo pracy, czy zdrowia ale raczej bóstwo choroby i rosnące w siłę bóstwa lęku i śmierci.

Szpital jest miejscem, gdzie człowiek poznaje siłę działania i krytyczną moc sytuacji granicznych (por. K. Jaspers). Lekarze są ekspertami od sytuacji granicznych, one stanowią o znaczeniu ich pracy, o ich roli w życiu niemal każdego człowieka. Ich praca i ich ekskluzywna wiedza bywają jednak zawodne. Pacjenci szukają w szpitalach Wielkiego Lekarza. Kogoś, kto zna ukryte procesy życia, który odsunie lęk, przywróci lub uruchomi nowe moce życia, zdrowia i pomysłowości. W szpitalu lekarz staje się bóstwem, przejmuje prerogatywy Starego Mędrca i Wielkiej Matki oraz Wielkiego Pracodawcy, który dotychczas wpływał na los, decydował o życiu, bogacił je lub czynił ubogim.

Powrót człowieka wyleczonego na ścieżkę zdrowia oznacza powrót na inne miejsce w życiu. Ta zmiana wywołuje wiele goryczy, rozczarowań, dramatów człowieka, który nie rozumie co się stało, gdy chorobę traktuje jako siłę wyprowadzającą skądś dokądś, tam, gdzie zerwane zostają dotychczasowe zasłony życia. Maskująca i demsakująca choroby i nieszczęścia, praktyka medyczna wkradła się także do szpitali. Ich ideologia czystościowa stwarza wrażenie, że w szpitalu nie można nabawić się choroby.

Wiadomo jednak, że szpitale są zbiornikami agresywnych wirusów i bakterii w skali niezwyklej, że są one tak samo groźne jak własne kolonie grzybów, bakterii czy wirusów. Ideologia czystości ma przeciwstawiać się ideologiom prymitywnych praktyk leczniczych, w których stawia się na naturalne siły obrony i zdrowia a nie na biochemiczną technikę niszczenia rozmaitych zagrożeń w

celach uzdrowieńczych. Prymitywne działania lecznicze wskazują na deficyt jaki pacjenci wyczuwają w praktykach leczniczych ludzi naukowo przygotowanych do ich prowadzenia. Uważają, że lekarz musi być nie tyle wielkim mechanikiem życia, ile etykiem, ekologiem, filozofem i kapłanem. A nawet cudotwórcą, usprawiedliwiającym człowieka chorego z jego wad genetycznych, deficytów fizycznych czy psychologicznych.

Szpital jest warsztatem lekarza, który jest traktowany przez pacjentów jako miejsce zarobku ludzi wtajemniczonych w procesy chorowania i zdrowienia, którzy zarabiają na cudzym nieszczęściu. Są przecież lekarze nie tylko zdrowo-filni, ale także chorobo-filni. Tacy, którzy wzruszają się i zachwycają rozpoznawanymi przez siebie chorobami, podzielonymi według systematyki anatomicznej. Ci smućą się z wyleczenia. Są też lekarze zdrowo-filni, którzy wzruszają się z powodu najmniejszych oznak zdrowia, ukrytych w chorobie. Gdy mogą odesłać pacjenta z miejsca systemowego, chwilowego lub długotrwałego przeżywania nieszczęścia do miejsca nadziei. Do miejsc uszczęśliwiających, do sanatoriów, do miejsc „cudownych” i „świętych”, które mają wzmocnić odzyskane na nowo zdrowie.

Zwykły lekarz i Wielki Pracodawca dzielą się sukcesem leczenia i nieszczęściem po połowie. Nie mogą się w „publicznym” szpitalu zrealizować, ani cele pracodawcy, ani cele lekarza. Lekarz jest tam wewnętrznie podzielony i ten podział przekazuje pacjentowi, który cierpi z powodu nie tylko własnego podziału na część chorująca i część zdrową, ale także powodu podziału technicznego szpitali, na odcinki, oddziały, sale operacyjne, sale wypoczynku, korytarze, miejsca konsumpcji i higieny. Takie, które go dezintegrują, znakując emocjami świadomość zdrowienia i chorowania. Wszystko po to, aby przeciwstawić się siłom choroby i wzmocnić siły zdrowia.

Jednak w szpitalu - miejscu pracy z chorobą na rzecz zdrowia, dezintegracji (podziałowi na odcinki) ulega nie tylko osobowość pacjenta, ale także osobowość lekarza. W miejscu pracy z chorobą, dominuje zasada milczenia, trudno poznać naturę i przyczynę choroby i trudno o nie mówić. Lekarze i pacjenci uczą się więc nowych reguł mówienia i nowych reguł milczenia, a więc nowych reguł komunikacji. Długo chorujący pacjenci i długo pracujący lekarze stają się aleksytymiczni, zapominają jak można wyrazić swoje uczucia, które nie powinny urażać pacjentów i które nie powinny urażać ich samych.

U długo pracujących lekarzy pojawia się pewien rodzaj szpitalnego autyzmu, w którym mowa staje się niejasna, urywana, zakodowana lub niezrozumiała dla pacjenta. A z czasem niefunkcjonalna także dla samego lekarza, który zawodową aleksytymię, przenosi do własnego domu, do życia prywatnego. Gdy okazuje się, że nie potrafi mówić już o niczym innym, jak tylko o chorobach, których treść zajmuje jego pamięć, świadomość i nieświadomość. Gdy sztywnieje nawet jego ciało, zmieniając komunikację niewerbalną w zbiór pustych gestów i ruchów, w stan znieczulenia erotycznego, estetycznego, etycznego i egzystencjalnego.

Szpital jako dom pracy i warsztat ma swoją scenę i kulisy, na scenie pokazuje się to, co wolno oglądać, pewien rodzaj zachowań dozwolonych przepisami i procedurami, które skrywają dramat diagnoz, dylematy interpretacyjne, niewiedzę i strach przed tą niewiedzą, za pomocą jednakowych ubiorów i gestów, powtarzanych i powielanych setki razy. Wszystko po to aby zachować lub zademonstrować „urzędowy spokój”, obraz kompetencji, którą spodziewa się zobaczyć w szpitalu pacjent, pozbawiony wiedzy i nadziei zabranych mu przez aktualny obraz siebie, i postępy choroby.

Lekarz jest w swoim miejscu pracy w połowie aktorem, a tylko w połowie autorem własnej pracy, osiągnięć i klęsk. Trudno jest zintegrować ten podział, powtarzany każdego dnia. Stąd ratunkiem dla niektórych lekarzy są narkotyki, alkohol, hazard, ekstremalne sporty lub zachowania perwersyjne, dające ulgę w chwilach wolnych od pracy z cudzą chorobą.

Wiele dylematów mentalnych i egzystencjalnych lekarzy może rozwiązać dziś algorytm, który stworzył dla samego siebie starożytny filozof cierpiący przez całe życie na ciężkie bóle brzucha. I nie była to modna w tamtych czasach anestezja, znieczulenie somatyczne i emocjonalne lub mentalne, ale – „dom, ogród i małe grono przyjaciół” (Epikur). Mogą one zapobiegać przeciążeniom wynikającym z nadmiaru empatii, ale także z niedoboru kontaktu lekarzy z przyrodą.

Żywioty przyrody, deszcze i wiatry, dzień i noc, zabawa, praca, dieta i sen itd. są głównymi składnikami zdrowia i zdrowienia. Gdy je brutalnie niszczymy i zatruwamy stają się one składnikami choroby i chorowania.

**Szpital jako świątynia** - Kody zdrowia i choroby wpisane są w kody sakralne w każdej kulturze. Pojęcie świętości rządzi pojęciami zdrowia i choroby. Ponieważ obiecują one zbawienie od choroby i zdrowia, które do niej zmierza wraz z procesem życia znajdującym swój finał w śmierci. Metafizyka obiecuje przekroczenie sfery fizycznej, i przejście bytu ludzkiego do sfery w której choroby i zdrowia już nie ma, powrót tam gdzie ów byt znajdował się w innej, mentalnej formie przed wcieleniem, ucieleśnieniem, przed ożywieniem w komórce ludzkiej, w genach, które znajdują swoje przedłużenie w sferze kosmicznej, w gwiazdach w świecie ponadziemskim, jeżeli prawdą jest że rozwinięty fragment genu sięga właśnie tam, do gwiazd w sferę pozaziemską.

Szpital może być metaforą wszystkich metafor, które można nazwać powszechnymi lub świętymi ziemskimi lub nieziemskimi. Taki rodzaj sakralności bytu ludzkiego ma w szpitalu charakter fizyczny, naoczny, namacalny. Jest bowiem rodzajem obrazu ciała i umysłu, które w zwykłych stanach życia są zasłonięte, niewidzialne, a nawet niewyczuwalne. Na straży tej niewidzialności stoją kody sakralne, które zakazują oglądania a nawet prostej percepcji nagiego, podnieconego erotycznie agresywnego lub chorego ciała. Ten zakaz ma swoje źródła w ortodoksyjnym judaizmie, inaczej niż w kulturze greckiej, gdzie celebrowane było nagie ciało młodych chłopców lub dorosłych mężczyzn, którzy uczyli się w gimnazjach (gr. gymnos znaczy nagi) lub tych, którzy zajmowali się sportem. Nagość była tam połączona ze sferą sakralną i sferą estetycznego i etycznego piękna (kalos-kai-agathos).

W kulturze starożytnej Grecji świętość człowieka (gr. hosiotēs) była połączona z biologią i estetyką nagiego ciała, natomiast w kulturach Wschodnich w judaizmie i chrześcijaństwie świętość połączono z zakazem nagości. Ale i na wschodzie i na zachodzie istnieje nakaz zakrywania chorego lub martwego ciała. Ten wzór dominuje w polskich szpitalach, w sposobie traktowania ciała, jako symbolu zła, grzechu, choroby i śmierci. Niewątpliwie nagość w szpitalu wpisana jest w dramaturgię i rytuały lecznicze, jest ściśle kontrolowana, zakazana połączona z nawykiem przeżywania wstydu, bólu i lęku, w przypadku jego odsłaniania nawet w celach higienicznych i leczniczych. Wszystko po to aby zachować zasadę „czystości”, „godności” czy „zdrowia” jako sygnału potrzebnego dla utrzymania ochrony ludzkiej świętości.

Z nagim ciałem stykają się lekarze już od czasów narodzin dziecka, wcześniej w kontakcie z ciałem matki, która udawała się na badania diagnostyczne lub gdy miała problemy ginekologiczne. To badanie ciała są dla osób religijnie nastawionych problematyczne albo traumatyczne. Wiele osób traktuje narodziny jako święte, chorobę jako świętą i śmierć jako świętą, zapominając o tym, że samo życie jest w takim systemie przerwą w świętości, podczas gdy w rzeczywistości traktowanej religijnie też powinno być uznawane za święte. Nie tylko we własnym domu, ale także w szpitalu. To może jednak wywoływać fobie cielesne, urojenia i urazy związane z pobytem w szpitalu lub w miejscach, które wymagają pojawienia się człowieka w stanie nagości.

Gdy mówimy o sakralności chorującego człowieka, niekoniecznie musi to oznaczać przypisywanie go do określonej religii, którą sam wyznaje i praktykuje lub takiej, którą wyznaje i praktykuje lekarz. Tu potrzebna jest zdrowa i uzdrawiająca wolność. A pojęciem, które jednoczy pojęcie

sakralności ludzi religijnych i niereligijnych jest pojęcie czystości. Szpitale nie mogą być brudne, nie mogą być brudne ręce lekarzy, ich dotyk, ich ciała i umysły. Nie mogą być brudne sale lecznicze, instrumenty, toalety, korytarze, pościel i ubrania. Chodzi tu po prostu o prawo do chorowania w czystości, zwłaszcza wtedy, gdy leczący się pacjent, ma poczucie zabrudzenia, a często sam nadmiernie się brudzi z powodu choroby ciała lub umysłu.

Wydaje się, że mimo wszystkich procedur czystościowych, w szpitalu najbardziej ugodzone jest tam ciało, które jest pierwszą zasłoną i odsłoną duszy (umysłu, świadomości i nieświadomości), a także uczuć, wyobrażeń i wrażeń. To, co dotychczas skryte było za zasłoną ciała, w chorobie się odsłania. To co dawniej było ukryte pod maską cielesnej obojętności teraz odsłania się jako zranione, bolesne, zdeformowane. W szpitalu człowiek zniewolony bólem w dwójnasób przeżywa poczucie wstydu i winy. Także i z tego powodu, że potrzeba intymności i zasłonięcia, czy nawet izolacji nie może być tu respektowana, w skali w jakiej jest to możliwe w stanach zdrowia, w szpitalu i poza szpitalem. Poczucia choroby i obcości w stosunku do samego siebie i w stosunku do innych wzmagają potrzebę czystości, bezinteresowności, kompetencji komunikacyjnej, które są symbolami wyzwolenia z uzależnień szpitalnych.

Sfera sakralna w szpitalu ma swoje najgłębsze zabezpieczenie nie tylko w zasadzie dyskrecji, intymności, tajemnicy, a także milczenia. Dlatego być może, człowiek chory odmawia udzielania jakiegokolwiek informacji na temat własnej historii zdrowia. Myli ją, traktuje wybiórczo lub chroni się w przez pomagające mu mechanizmy zapominania (i prawo do zapomnienia), wcześniejszych ran, urazów, chorób, kryzysów, zdarzeń, naruszających jego poczucie bycia wystarczająco zdrowym i wystarczająco dobrym, sprawnym, atrakcyjnym itd.

Człowiek w szpitalu sakralizuje nieświadomie stany wyjątkowe, graniczne i tragiczne. W ten sposób stara się zachować funkcjonalną równowagę pomiędzy ciałem i umysłem, który interpretuje jego skrajną sytuację życiową wywołującą poczucie bezradności, bezwartościowości a nawet niepotrzebności życia (o czym świadczą myśli i czyny samobójcze). Bez zachowania tej równowagi proces destrukcji przekształca się łatwo w proces autodestrukcji, na co nie ma „lekarstwa” bardziej skutecznego niż poczucie własnej sakralności, która jest wykładnikiem nieświadomego poczucia sensu ( lub bezsensu) życia.

Współczesne strategie lecznicze zorientowane materialistycznie powodują, że do szpitali trafia więcej osób z powodu zatruć lub zaburzeń cielesnych. Szpitale przepełnione są chorymi cierpiącymi z powodu cywilizacyjnych degradacji środowiska człowieka – zawały serca, zatrucia, okaleczenia i gdzieś daleko zaburzenia psychiczne, choć jak się zdaje człowiek zaczyna chorować „od głowy”. Ale choroby zaczynające się „od głowy” łatwiej można uznać za nieistniejące. Łatwo dają się ukryć w systemowych przekonaniach, w ideologiach politycznych, w systemach religijnych stanowiących zbiór regulatywnych znaków i symboli, za pomocą których osłania się i „normalizuje” nietypowe ludzkie zachowania.

Koncentrowanie się tylko na leczeniu ciała jest z punktu widzenia integralności osoby ludzkiej, nierozłączności ciała i umysłu – błędne. Tendencja do odrywania tych dwu sfer jest wynikiem podziału, jaki dokonał się w nauce o człowieku preferującej neurobiologiczny lub socjobiologiczny model człowieka, jako organizmu lub podmiotu zdającego do wykonywania zadań. Sakralizacja pracy jest obecna i dominująca w każdej cywilizacji i kulturze. Ma ona swoje wskaźniki etyczne i ekonomiczne i polityczne, a więc monetarne i militarne. Dlatego łatwo zamienić człowieka sakralnego w człowieka fabrycznego (dając mu niemal boski wymiar w obrazie - homo faber) .

W kontekście idei pracoholistycznej człowiek jest zdrowy, gdy jest zdalny do pracy, gdy nie jest do niej zdolny jest uznawany za chorego. Człowiek pracujący w stanie choroby doznaje deprivacji i deficytów w zakresie swojej godności, wolności i świętości. W chorobie zostają rozmontowane lub

ugodzone wszystkie zabezpieczenia sakralne człowieka, które dają mu zazwyczaj poczucie wyjątkowości i wieczności istnienia. Choroba przeddefiniowuje pojęcie świętości przesuwając je w stronę śmierci i stanów post-mortalnych lub metafizycznych

Zewnętrznym znakiem świętości w szpitalu są sale modlitwy, kaplice oraz rytuały modlitewne ludzi, których ciała rozpadające się w chorobie i tak ostatecznie trafić muszą do miejsc diagnostycznych lub badawczych, terapeutycznych, gdy jakiś fragment ciała stanie się organem zastępczym innego pacjenta. W tej procedurze (przeszczepy, transplantacje) sakralność ludzkiego ciała zostaje zakwestionowana na rzecz jego witalności, która może być transferowana do innego ciała poprzez zdrowy organ umierającego człowieka. Wtedy wszelkie granice „sakralności witalnej” są przekroczone na rzecz „sakralności mortalnej” (sakralności stanów śmierci).

**Szpital jako cmentarz** - Współczesny człowiek Europy spotyka się ze śmiercią nie tyle we własnym domu, ale coraz częściej poza nim, na drodze, w pracy lub w szpitalu, dokąd jest wywożony przez rodzinę, aby nie desakralizować miejsca codziennego pobytu. I aby nie zanieczyszczać go chorobą lub śmiercią, które intuicyjnie traktuje jako niewłaściwe i niepotrzebne. W ten sposób szpitale zamieniane są w miejsca śmierci, w których rozpada się ciało i psychika chorego człowieka.

Bycie w szpitalu jest pobytem usytuowanym pomiędzy domem, miejscem pracy a cmentarzem. Czasem jednak szpital staje się „domem śmierci”. Instytucjonalizacja procesów umierania odhumanizowuje stosunek do śmierci. Staje się on „techniczny”, „naukowy”, zdepersonalizowany, bezduszny. Prowadzi to do oderwania uczuciowego osób, które umierają z powodu choroby lub z powodu zmiany metabolizmu życiowego w metabolizm śmierci, nie tylko od swoich najbliższych, ale i od samych siebie. Konieczna jest więc nie tyle hospitalizowanie chorych śmiertelnie, analiza choroby na śmierć, ale raczej o wsparcie dla osób „chorych terminalnie” w ich własnych domach. Dramat śmierci nie powinien być domeną szpitala, ale rodzinnego domu. A dopiero wtedy, jeżeli go człowiek chory nie ma, w hospicjach.

Szpital nie może być identyfikowany z cmentarzem, mimo, że tak wielu ludzi w szpitalach umiera. Nie znaczy to, żeby w filozofii szpitala brak było wizji filozoficznej, teologicznej czy psychologicznej umierania, gdyż wizja taka zabezpiecza człowieka przed śmiercią odartą z godności. A przecież nieraz śmierć „zaskakuje” człowieka w szpitalu, który staje się jego rzeczywistym miejscem śmierci. Dzieje się tak z powodu nastawienia szpitalo-centrycznego w społeczeństwie, w którym dom jest tylko miejscem nocnego życia, a narodziny i śmierć wyprowadzone są poza jego granice z powodów ekonomicznych i ideologicznych, czyniących szpital centrum narodzin i śmierci.

„W samym centrum naszego bytu mieści się punkt nicości”- napisał Thomas Merton („Znak Jonasza”, Warszawa 1962, s. 152). Ten punkt skupia nasze życie, a staje się jawny w chwili ostatniej, w chwili, która wychodzi poza chorobę i zdrowie, w chwili, która zamienia życie w śmierć. Z pewnością szpital stanowi strefę przejścia most między narodzinami i śmiercią, zdrowiem i chorobą. Ileż osób umiera w chwili narodzin, ile osób umiera w chwili choroby, w chwilach zdrowia, w dzieciństwie, młodości lub starości. Choroba i śmierć nie znają granic czasu i przestrzeni. Jediną różnicą jest możliwość zmiany natury śmierci człowieka, która różnić się musi od śmierci zwierzęcia, gdy żyjący człowiek w śmierci zostaje zamieniony w Nicość, która jednak pozostaje Osobą. Tak jak napisał CK. Norwid – być w śmierci to być „tam, gdzie jest Nikt i jest Osobą” (Do Zeszłej”, w: Vademecum” nr LXXXV).

Człowiek w narodzinach ujawnia się jako osoba, przejawia się w niej przez całe życie, zarówno w zdrowiu i w chorobie, jak też w chwili śmierci. Tyle, że po raz kolejny przemieniony, przeprowadzony przez bramę nicości. W szpitalu to przejście ma nieraz charakter dramatyczny, na

przykład podczas operacji, gdy otwiera się punkt nicości, i to w momencie, gdy lekarze chcą go właśnie zamknąć. Ostatecznie otwartość bytu koncentruje się wokół punktu nicości, który można zamknąć tylko na chwilę, na krótszą lub dłuższą chwilę życia. A jednak wyczuwamy coś niepotrzebnego w śmierci, gdy ta ma miejsce w szpitalu. Jest w tym fakcie coś na wyrost i jednocześnie jest w nim coś z olbrzymiejącego braku.

Lekarze i „służba zdrowia” wykształcona na paradygmacie materialistycznym, nie używają wyrazu „zmarły”, lecz wyrazu „zwłoki”, nie używają wyrazu „śmierć” lecz wyrazu „zejście”, dodając jakby dla pewności „śmiertelne”. Ta terminologiczna anihilacja faktu śmierci jest wyrazem lęku wobec osoby zmarłej. A jest to lęk, który uruchamia całą nieświadomą, ukrytą część osobowości leczącego czy jeszcze żywego człowieka. Trzeba więc jakoś zabić ten lęk, trzeba go choćby za pomocą magii wyrazów, powstrzymać, utaić, zamknąć. Lekarz nie ma prawa do wzruszeń, jego uczucia muszą być poddane zabiegom anestetyjnym. Jeżeli się to nie uda, strach będzie zabiegiem autoanestetyjnym. Każdy z nas od urodzenia zmierza do „rzeczywistości cmentarza”.

Nie wszyscy dochodzą do niej przez szpital. Ale ci, którzy tam trafiają przez wrota szpitalne, są jeszcze bardziej świadkami tajemnicy życia. Tu bowiem przeciwstawiona jest w chorobie, cierpieniu i śmierci, cała potęga człowieka. W nią wierzymy w momentach klęski fizycznej i psychicznej bardziej, niż w to, że ludzka niewiedza i słabość są większe od jego potęgi. Dlatego słuszniejsze jest aby w porządku życia ludzkiego pełnego konfliktów i kryzysów, istniał jakiś etyczny lub metafizyczny ład. Tylko taki ład pozwala uniknąć absurdu życia i umierania. W przeciwnym razie wszelki wysiłek leczniczy wydaje się śmieszny i oszukańczy.

Gdy mówimy o śmierci, z całą siłą narzuca się nam pojęcie godności i majestatu człowieka. Tu potrzebna jest nie tyle obecność lekarza, ale raczej obecność kapłana. Lekarze i cała „służba” zdrowia powinni być wprowadzeni także od strony religijnej w misterium śmierci. Aby nie uchybiać wymogom, które są formułowane przez rytuały różnych religii, wyznań i wiar, a także w stosunku do osób niewierzących w żadne światy metafizyczne. Zawsze pozostaje zobowiązanie etyczne, rodzaj braterskiej posługi wobec umierających ludzi, którzy pozostają w ostatecznych chwilach życia wykluczeni z szerszej wspólnoty lub radykalnie samotni. Wtedy lekarze stają się dla osób umierających w szpitalu, pierwszymi i ostatnimi być może kapłanami. Wtedy ich zwykłe rytuały medyczne, system znaków, gestów i działań zamieniają się w gesty metafizyczne, które należą do powszechnego symbolicznego kodu człowieczeństwa.

Najważniejszą czynnością, której mają dokonać pracownicy służby zdrowia, gdy spostrzeżę martwego człowieka w szpitalu, to zakryć go prześcieradłem i wywieźć do jakiegoś izolatorium, apotem do prosektorium, aby przekonać się naocznie, co było przyczyną zgonu. Potem trzeba ciało zmarłego umyć i ubrać, aby mógł odbyć dalszą drogę ku zakończeniu ziemskiej wędrówki, aby następnie w procedurze żałoby zakopać martwe ciało w ziemi. W ten sposób żywe miasta zamieniają się w pełne martwych ciał cmentarze. Szpitale służą nieraz tylko jako przedproże cmentarza, droga lub skrzyżowanie dróg zdrowia i choroby.

Pojęcie cmentarza wykracza poza pojęcie domu, pracy, świątyni przemieniając człowieka i jego ciało w stany i struktury transcendentne, materialno-niematerialne. Żywe ciało człowieka w chwili śmierci zamienia się nie tylko w fizyczne atomy, ale także w inny rodzaj ciała, które definiują różne systemy analizy symbolicznej, sakralnej, religijnej, mistycznej lub metafizycznej. Orygenes uważał, że w każdym indywiduum rzeczą stałą jest obraz (gr. eidos), który można rozpoznać zawsze, mimo nieuniknionych zmian cech materialnych. Ten obraz jest gwarancją tożsamości ciała żywego i zmarłego (także zmarłychwstałego, ale to ma być ciało doskonalsze czyli okryte „chwałą”). Według Tomasza z Akwinu sprawa wydaje się prostsza, materia w ciele człowieka jest w stanie przyływu i odpływu (łac. fluere et refluere), ale części ciała zachowują swoją gatunkowość (łac. species).



Tożsamość człowieka w życiu i w śmierci nie ulega multiplikacji, pozostaje ten sam co do liczby człowiek. Ten myśliciel zakłada, że ciało człowieka po śmierci będzie miało tylko jedną cechę potencjalnie czynną (sprawność), i trzy cechy znajdujące się w stanie beczynnym- niewrażliwość na doznania, subtelność i jasność. W takiej świętej beczynności nie jest wyłączona moc ciała zmarłego, ale tylko cele i sposoby ujawniania się tej mocy. Dlatego wierzący, chrześcijanie traktują śmierć nie jak definitywny koniec życia ludzkiego, ale jako stan czasowego, choć długotrwałego zawieszenia aktywności człowieka „zmarłego”.

Według chrześcijan w pełni czasu, który nadejdzie wraz z powtórным przyjsciem Jezusa ta meta-egzystencja zostanie uaktualniona i ujawniona. Świadomość i nieświadomość chrześcijanina nie jest nigdy wolna od więzi ze zmarłymi, nie znika ona także ze szpitala, w którym choruje i zdrowieje, rodzi się i umiera. (por. Tomasz z Akwinu (św.), Zmartwychwstanie ciała, w: Suma Teologiczna, t. XXXIII, Londyn 1962-1998). Szpital antycypuje religijne plany myślenia ludzi chorych, umierających i zmarłych, aby nie narażać ich przekonań, które świadomie lub nie, projektują proces jego możliwego „uzdrowienia” lub „zmartwychwstania”.

**Zakończenie** - Jak widać to z rozmaitych badań, kryteria przedmiotowe i podmiotowe zdrowia i choroby uwikłane są w kontekst kulturowy, behawioralny i egzystencjalny. Sama dolegliwość lub objaw mogą być oceniane jako przejaw zdrowia lub choroby. Na przykład w USA - utrata apetytu jest traktowana jako objaw chorobowy - w wyższej klasie społecznej – przez 75%, w klasie średniej – przez 50 %, w klasie niższej – tylko przez 20% , uporczywy kaszel – jako objaw choroby ocenia 77% klasy wyższej i tylko 23% klasy niższej; bóle mięśniowe i stawowe – jak objaw choroby traktuje 80% klasy wyższej i tylko 19% klasy niższej. (P. Lain Entralgo, 1988, s. 130-131). To, co jest w Europie lub Ameryce traktowane jako zdrowe , może takie nie być w Afryce lub Azji.

Za wskaźniki zdrowia uważa się też np. wzrost dochodu, lub mieszkanie w elegantszej dzielnicy, wyższe stanowisko w pracy, reprezentacyjną konsumpcję, a więc agresywną formę samorealizacji. „Widać jak wielki jest stopień pomieszania pojęć skoro tego typu kryteria mogą być brane pod uwagę w koncepcjach klinicznych. Nietrudno wykazać, że wzrost ambicji, rywalizacji i potrzeby wywarcia wrażenia jest dowodem narastania patologii, a nie poprawy. W obecnym stanie świata wyrazem zasadniczego zdrowia psychicznego, z powodzeniem może być dobrowolna prostota.” (Stanislav Grof, Kryteria zdrowia psychicznego i skuteczności leczenia, w: S. Grof, Poza mózg. Narodziny, śmierć i transcendencja w psychoterapii, Kraków 2000, s. 505-506).

Zasadniczym wymiarem zdrowia w ujęciu medycznym jest „zdrowe ciało”, z którym harmonizuje „zdrowa psyche”. Wskaźnikiem medycznym takiego stanu jest przede wszystkim brak bólu fizycznego i psychicznego, stan relaksu, umiarkowany stymulujący stres, fizjologicznie ugruntowana aktywność, utrzymujący życie i sprawność psychofizyczną, metabolizm biologiczny i psychologiczny. Dla utrzymania tego stanu rzeczy stosuje się nie tylko odpowiednie procedury dietetyczne, gimnastyczne i rehabilitacyjne, czy farmaceutyczne, ale wychowawcze, pielęgnacyjne i psychologiczne. Wszystko po to, aby zachować zdrową całość – życie bez ran i kalectwa, z wykluczeniem aborcji i nadmiernej agresji, która prowadzi do zabójstwa lub samobójstwa, zabezpiecza przyjemność ciała i otoczeniu społecznemu, uzdalnia do seksualnej aktywności, promuje łagodny prokreacyjny, twórczy styl życia, wyzwala przyjazny i miłosny nastrój, oparty na wzajemnej pomocy i życzliwości.

Zdrowie jest nie tylko darem natury, ale także efektem zabiegów leczniczych, stylu życia, wzorów kultury, typu religijności i zdolności do ujmowania siebie jako bytu metafizycznego. Zatem integralna definicja zdrowia powinna uwzględniać wszystkie czynniki: przedmiotowe, podmiotowe, jednostkowe i społeczne, kulturowe i duchowe. Zdrowie i choroba powinny być analizowane jako względne wymiary życia, które mają swoje granice. Kategorią, która to wyjaśnia

jest nie zdrowie i choroba, ale samo istnienie człowieka, które wpisane jest w jego naturę i jaźń, osobę i osobowość. Są to kategorie, do których zdrowie i choroba powinny być stale odnoszone. W innym razie zdrowie i choroba stają się kategoriami nieosobowymi, gubiącymi pełny podmiotowo-przedmiotowy wymiar egzystencji ludzkiej i jej transcendencję.

Autor: Dr hab. Tadeusz Kobierzycki – Instytut Ego-Analizy Askeion – Warszawa 2016

#### Literatura:

Kobierzycki T. (1991), Człowiek w szpitalu, „Więź” nr 5 (391), s.65-73.

Kobierzycki T. (red.), (1993), Higiena psychiczna dla studentów medycyny, Wyd. Studenckie Koło Higieny Psychiczej Akademii Medycznej w Warszawie, Studencka Szkoła Higieny Psychiczej, Warszawa 1993

Kobierzycki T. (2006) Zdrowie i choroba jako fenomeny życia ludzkiego. Konferencja - Ochrana Zivota VII - organizator: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce (Trnavská Univerzita v Trnave), Inštitút Krista Veľkňaza v Žakovciach, Slovakia, 21-22 września 2006

Kobierzycki T. (2009/2010), Być pacjentem: chorować i zdrowieć, umierać i żyć, „Czasopismo Aptekarskie” nr 6-7 (198-199), 2010, s.18-29. (Skrócona wersja referatu na X Ogólnopolskim Spotkaniu Farmacji Onkologicznej, Warszawa 19.X.2009)

Kobierzycki T. (2015), Myśli żywe i myśli stłumione – refleksje o humanistycznej psychiatrii i jej filozofii. Zagadnienia psychosemantyczne, Głos w dialogu (dr hab. J. Kociuba, prof. dr hab. med. A. Czernikiewicz, Prof. dr hab. J. Mizińska) – III Otwarte Seminarium Filozoficzno-Psychiatryczne „Diagnozy współczesności”, UW, IPIŃ, UMCS, Lublin 12 XI 2015.

Kobierzycki T. (2015), „Człowiek w szpitalu – Pacjent i lekarz” – wykład na Konferencji dla lekarzy i lekarzy stomatologów - Koło Terenowe Dolnośląskiej Izby Lekarskiej w Świdnicy - 21.11.2015. (Wykładowcy : prof. dr hab. Tadeusz Kobierzycki – filozof, prof. dr hab. Jarosław Barański – etyk, ks. dr Artur Karbowskiak – teolog).

