

Małgorzata Kowalczyk  
ZOP Hospicjum „Światło” w Toruniu

# Poczucie straty i uczucia utajone w pracy z pacjentem terminalnie chorym

*Pracownikom Hospicjum „Światło”*

## Streszczenie

Choroba nowotworowa jest szczególnym doświadczeniem dotyczącym człowieka, a w pomoc chorym przewlekle wpisana jest często bezradność i współtowarzyszenie w cierpieniu. Obecność przy umierającym wzbudza trudne emocje. Tekst, będący rezultatem warsztatów psychologów hospicyjnych, jest próbą analizy uczuć i przeżyć pojawiających się w związku z pracą z pacjentem terminalnie chorym. W artykule zostały przedstawione trudne uczucia, z którymi mają do czynienia osoby pracujące z chorym terminalnie, o których niełatwo opowiadać i z którymi personel próbuje sobie radzić samodzielnie. Jako oddzielne doświadczenie zostało opisane poczucie straty po śmierci pacjenta, z którym została nawiązana szczególna więź emocjonalna. Poruszono też kwestie sposobów radzenia sobie w sytuacji występowania trudnych uczuć.

*Medycyna Paliatywna w Praktyce 2010; 4, 1: 1–5*

**Słowa kluczowe:** utajone uczucia, poczucie straty, praca z umierającym pacjentem, wypracowane sposoby radzenia sobie

Współczesna rzeczywistość obfituje w doniesienia o powiększającej się grupie przewlekle chorych, którzy potrzebują opieki profesjonalnie przygotowanych do tego osób. Przybywa instytucji, które — idąc za przykładem Cicely Saunders — podejmują się opieki nad osobami chronicznie i terminalnie chorymi [1, 2]. U pacjentów tych choroba trwa najczęściej kilkanaście tygodni, a nawet lat i w określonej perspektywie stanowi przyczynę śmierci [3]. Opieka obejmuje uśmierzanie bólu i innych objawów (leczenie objawowe), łagodzenie cierpienia psychicznych, duchowych i socjalnych oraz wspomaganie rodzin osób chorych, także po śmierci chorego, w okresie osierocenia [4, 5]. Celem tych wielokierunkowych działań, sprawowanych przez wielo-

dyscyplinarne zespoły, jest poprawa życia chorych i ich rodzin [6]. W miejscach opieki, zwanych hospicjami, pomoc niosą zatrudniani w nich lekarze i pielęgniarki, ale także przedstawiciele pozamedycznych grup zawodowych — psychologowie, rehabilitanci oraz osoby duchowne.

Praca z pacjentem w tej trudnej dla niego sytuacji, kiedy ma on świadomość nieuchronności śmierci, towarzyszy mu narastający lęk, nie pozostaje bez wpływu na personel. Doświadczenie to jest tym bardziej dotkliwie, gdy pacjent staje się dla opiekuna kimś bliskim; gdy zbudowana została więź emocjonalna.

Kwerenda biblioteczna i szereg dostępnych szkoleń pozwala zespołowi na niesienie fachowej pomocy w szerokim zakresie zarówno choremu, jak

**Adres do korespondencji:** mgr Małgorzata Kowalczyk  
ZOP Hospicjum „Światło”  
ul. Grunwaldzka 64  
80-100 Toruń  
tel.: (56) 651 14 37  
e-mail: malgorzata.j.kowalczyk@gmail.com



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2010; 4, 1, 1–5  
Copyright © Via Medica, ISSN 1898-0678

i jego bliskim. Odpowiednie treningi psychologiczne czy sesje wspierające okazują się bardzo pomocne w sprawowaniu opieki. Wydaje się natomiast, że w fachowej literaturze mniej uwagi poświęcono problematyce stanów emocjonalnych, jakie towarzyszą personelowi opieki paliatywnej podczas pracy z pacjentami terminalnie chorymi i ich rodzinami.

Faktem niezaprzeczalnym jest, że choroba nowotworowa oraz opieka nad osobą będącą zwłaszcza w jej terminalnej fazie jest sytuacją szczególną. Świadomość nieuchronnej i zbliżającej się śmierci jest dla pacjenta czymś wyjątkowym, trudnym do zaakceptowania. W pomoc osobom chorym na nowotwór i inne przewlekłe, nieuleczalne choroby wpisana jest często bezradność i współtowarzyszenie w cierpieniu. Taka sytuacja może spowodować wystąpienie wśród personelu różnorodnych, nie zawsze akceptowanych, emocji.

Spostrzeżenia te stały się kanwą III Ogólnopolskich Warsztatów Psychologów Hospicyjnych, podczas których podjęty został problem uczuć pojawiających się w pracy z pacjentami przewlekłe i terminalnie chorymi. Poruszone zostały tematy związane z poczuciem straty po śmierci pacjenta i doświadczanie żałoby oraz kwestia emocji, o których na co dzień trudno się rozmawia czy których raczej personel się wstydzi.

## Uczucia utajone w pracy hospicyjnej

Podstawą rozważań warsztatowych na temat uczuć pojawiających się w pracy z pacjentem terminalnie chorym była — obok doświadczenia w pracy i wniosków z rozmów z personelem hospicyjnym — publikacja Krzysztofa Grzywacza na temat uczuć niekochanych [7]. W swoim artykule podejmuje on problematykę uczuć społecznie uważanych za niewłaściwe w relacji w drugim człowiekiem, pokazując jednocześnie ich wartość i „potrzebność”. Autorzy literatury fachowej podkreślają, że emocje same w sobie są konstruktywne i stanowią integralną część życia człowieka. Są podstawą dojrzałego wyrażania doznań, zachwytych czy przeżyć oraz pozwalają na kształtowanie w człowieku wrażliwości i delikatności, motywując do podejmowania działań lub do ich zaniechania [7]. Obok tych emocji, które człowiek pragnie w sobie wykształcić i pielęgnować, są i takie, o których trudno się mówi, do których trudno się przyznać. Występują one także w kontakcie z pacjentem terminalnie chorym. Chodzi o emocje, które są przeszkodą w wykonywanej pracy. Bliskie przebywanie z pacjentem przewlekłe chorym, wchodzenie w jego intymny świat może być przyczyną odczuwania przez opiekującą się personel różno-

rodnych uczuć. Czasem są to uczucia, które w społecznym przekonaniu, wśród personelu i w „profesjonalnej” relacji z pacjentem są niewłaściwe czy nie powinny się zdarzyć. K. Grzywacz pisze o nich uczucia niekochane, które trudniej się przeżywa, które nie tak łatwo przyjąć [7]. W pracy hospicyjnej na użytek warsztatów określono te uczucia mianem **uczuć utajonych**, czyli uczuć, których występowania personel jest świadomy, ale pozostawia je w ukryciu, którymi się nie dzieli, bądź robi to rzadko. Są to uczucia, które zostają odsunięte na dalszy plan w wyniku ciągłego podejmowania nowych zadań i niedawania sobie prawa do przeżywania uczuć trudnych w związku z zaistniałą relacją z chorym/rodziną chorego. Są to między innymi: uczucie złości i gniewu wobec pacjenta, wstyd (poczucie winy, wyrzuty sumienia), nadmierny i trudny do opanowania smutek w relacji z chorym. W trakcie warsztatów dopisane zostały do tej listy uczucia, które wydają się również specyficzne dla pracy hospicyjnej. Mowa między innymi o uczuciu bezradności czy niemożności udzielenia pomocy (uratowania życia), a także nadmiernej identyfikacji z chorym i z jego sytuacją życiową [8]. Czasem może wystąpić sytuacja nieadekwatnej empatii, prowadzącej do podejmowania prób pomocy choremu na każdej płaszczyźnie kosztem samego siebie; w skrajnych przypadkach czasem nawet zastąpienie rodziny. Zachowania te w konsekwencji mogą znacznie utrudniać pracę z chorymi i tworzyć zbyt silny związek w relacji pacjent–pracownik [9].

W pracy z pacjentem, którego zna się długo, w stosunku do którego można mówić o utworzonej więzi emocjonalnej, może dojść do sytuacji, kiedy osoba z personelu zaczyna doświadczać uczuć podobnych do tych przeżywanych przez rodzinę chorego. Wydaje się mieć to związek z wieloma czynnikami. Według niektórych autorów [8, 10] przyczynę można rozpatrywać w związku z określonymi predyspozycjami osobowościowymi oraz ze sposobami radzenia sobie w sytuacjach trudnych, jakich nauczyła się osoba wcześniej. Według K. de Walden-Gałuszko [8] osoby o szczególnie silnej motywacji do pracy, z ugruntowanym systemem wartości i z cechami dojrzałości emocjonalnej lepiej radzą sobie z trudnościami w pracy z pacjentami. Doświadczanie szczególnych uczuć wobec pacjenta może być związane również z przeżytą wcześniej traumą. Zobaczenie w chorym swojego bliskiego jest źródłem uczuć, które mogą znacznie utrudniać pracę. Za Binnebesem [9] i de Walden-Gałuszko [10] można wymienić też czynniki, wśród których jest między innymi młody wiek pracownika i brak doświadcze-

nia związany z krótkim stażem pracy. Podczas warsztatów, w których uczestniczyły osoby w różnym wieku i z różnym stażem, czynniki te okazały się istotne w odniesieniu wypracowanych i sprawdzonych sposobów radzenia sobie z doświadczanymi uczuciami.

Inną kwestią, istotną w doświadczaniu uczuć utajonych, jest sytuacja przeżywania trudnych sytuacji w życiu prywatnym. Według jednych autorów zaangażowanie w pracę pozwala zapomnieć o osobistych problemach, dla innych jest to czynnik wzmagający trudności występujące w pracy zawodowej [10]. Podczas warsztatów uczestnicy zauważyli, że własne doświadczenia i problemy osobiste pozwalają raczej na utrzymanie większego dystansu wobec choroby i przeżyć pacjentów. Nie oznacza to zupełnego ignorowania sytuacji pacjenta, a jedynie lepsze radzenie sobie w chwili pojawienia się utajonych uczuć. Może to być związane z sytuacją, kiedy osoba będąca w relacji z chorym, mając własne problemy, potrafi oddzielić pracę zawodową od życia prywatnego.

Innymi emocjami, wpisanymi w pracę hospicyjną, związanymi z niemożnością opanowania objawów bólowych u pacjenta, są poczucie winy, bezradności, braku kompetencji i profesjonalizmu [10]. Niemożność zrobienia „czegoś”, żeby pacjentowi ulżyć w cierpieniu, kiedy jedyną pomocą może być towarzyszenie mu i trzymanie za rękę, wpływa na zaniżenie samooceny. Trzeba czasu i stałego przebywania z chorym, żeby nauczyć się, że wiedza zdobyta na kursach czy studiach może okazać się niewystarczająca. Czasem najlepszym lekarstwem, którego potrzebuje chory, jest milcząca obecność. W opiece paliatywnej o takiej milczącej delikatnej obecności przy chorym mówi się „towarzyszenie”. Łatwiej jest zagadać ciszę niż po prostu trwać przy chorym, nic nie mówiąc. Sytuacja ta może wzbudzić niepokój, że nie posiadamy wiedzy na każdy temat poruszany z pacjentem, że nie wiemy wszystkiego [11].

Świadomość występowania pewnych uczuć i odwaga nazywania ich to pierwszy krok do podjęcia próby radzenia sobie w emocjonalnie trudnych sytuacjach. Przeanalizowanie własnych doświadczeń wśród zaufanych osób może przyczynić się do zmniejszenia poczucia niekompetencji. Równie istotne wydaje się nieustanne podkreślanie, że każdy człowiek ma swoje granice odporności. Należy pamiętać, że choć uczucia utajone w pracy z pacjentem mogą budzić niepokój, to jednak są czymś normalnym, świadczącym o wrażliwości na drugiego człowieka, odpowiedzialności za niego i za swoją pracę.

## Poczucie straty i żałoba po śmierci pacjenta

Smutek po śmierci osoby nam znanej jest przeżyciem indywidualnym i wyjątkowym. W pracy hospicyjnej występuje niemal codziennie. Poczucie straty jest definiowane w literaturze fachowej jako mocne, indywidualne przeżycie niosące za sobą szereg sprzecznych doznań emocjonalnych [12]. Mimo że w doświadczeniu żałoby znajdują się elementy podobne, to jednak każda z nich jest indywidualna i niepowtarzalna. To proces, w którym każdy etap jest potrzebny i ma swój sens. W języku polskim termin „strata” oznacza niechciany, mimowolny ubytek czegoś, poniesioną szkodę; przestało się coś mieć, posiadać [13]. Strata zawsze zaskakuje, jest czymś nieprzyjemnym dla osoby, która zaczyna doświadczać różnorodnych, często sprzecznych ze sobą, uczuć. Mówiąc o stracie, trzeba pamiętać, że pojęcie to obejmuje nie tylko sytuację śmierci bliskiej osoby, ale też sytuacje mające miejsce w ciągu całego życia, na co dzień: począwszy od straty pracy, poprzez stratę relacji, do straty określonych rzeczy ważnych do tej pory dla określonej osoby. Poczucie straty wprowadza człowieka w stan, który często powoduje dezorientację, kiedy dotychczasowe sposoby radzenia sobie z trudnościami przestają mieć zastosowanie [13].

Żałoba została określona przez uczestników warsztatów jako występujący po śmierci stan, w którym przeplatają się uczucia żalu, smutku i rozpacz, wyrażany przez pewien czas poprzez strój lub jego elementy. Poza aspektami emocjonalnymi żałoba ma wymiar społeczny, kulturowy i duchowo-religijny, określany przez normy społeczne, obyczaj i środowisko, w którym mieszkamy, nasz status społeczny, przynależność religijną, a także wykształcenie [13].

W procesie radzenia sobie ze stratą każda osoba poszukuje najlepszych dla siebie sposobów. Na początku automatycznie uruchamiają się mechanizmy obronne, mające chronić zdrowie psychiczne osoby doświadczającej tych emocji. Zmniejszają one poczucie winy i lęk [12, 13]. Po okresie dezorientacji i szoku kolejne etapy emocjonalne to rozpacz, poczucie braku i tęsknoty aż do momentu reorganizacji życia bez osoby, która odeszła. Wytwarzają się nowe sposoby doświadczania rzeczywistości. W odniesieniu do pracy hospicyjnej warto postawić pytanie (i padło takie na warsztatach), czy personel ma czas na przebycie opisanego wyżej procesu. W niektórych hospicjach (zwłaszcza tam, gdzie opieką objęte są dzieci) osoba będąca przy śmierci dziecka, z którym była emocjonalnie związana, może wziąć dzień wolny od pracy. Dzięki temu ma możliwość

opłakania straty. Wydaje się to dobrym rozwiązaniem w trosce o higienę psychiczną personelu.

## Podsumowanie

Poczucie osierocenia i straty pojawia się w wyniku nagłej śmierci lub długotrwałej choroby bliskiej osoby. W artykule przedstawiono zjawisko występowania poczucia straty u tych, którzy byli związani zawodowo z umierającym pacjentem poprzez wykonywanie przy nim zabiegów pielęgnacyjnych na oddziałach stacjonarnych lub w opiece domowej hospicjów. Projekcja uczuć, nadmierne zaangażowanie osób opiekujących się terminalnie chorymi prowadzi do wypalenia zawodowego [14]. Samo odczuwanie smutku i żalu po odejściu pacjenta jest naturalną reakcją [3]. Tutaj chodzi raczej o chroniczną żalobę po pacjencie i o nieumiejętność radzenia sobie z pojawiającymi się uczuciami. Mowa o sytuacji, kiedy osoba sprawująca opiekę zbyt mocno identyfikuje się z samym pacjentem, jego rodziną; kiedy trudnością staje się postawienie jasno granicy między osobą chorą a osobą z personelu.

Praca warsztatowa wskazała uczestnikom sposoby radzenia sobie z uczuciem straty. Za ważny czynnik wspierający uznano możliwość koleżeńskej superwizji, rozmowy w gronie współpracowników. Uzewnętrznienie uczuć zmniejszało smutek i odczuwany żal. Posiadanie własnego systemu nagradzania się, sprawiania sobie przyjemności w poczuciu, że ma się prawo zadbać o własną higienę psychiczną i odpoczynek, również okazało się pomocne. W zależności od posiadanej struktury osobowości, jedni z uczestników wskazywali na potrzebę obecności kogoś bliskiego; dla innych ważny wydawał się kontakt z naturą lub z dziełami sztuki, które pozwalały na spokojną refleksję nad zmarłym i tym, co dzieje się u danej osoby doświadczającej poczucia straty.

## Zakończenie

Otwarty kontakt z pacjentem przewlekłe i terminalnie chorym jest dużym wyzwaniem emocjonalnym. Praca w opiece paliatywnej łączy się z uczuciami

zmęczenia oraz frustracji. Brak konstruktywnych sposobów przeformułowywania przeżyć w konsekwencji może prowadzić do psychofizycznego zmęczenia wykonywaną pracą, nadmiernego zaangażowania w świat pacjenta, wypalenia zawodowego [15]. Do tego, by wszystkie te emocje poukładać według odpowiedniej hierarchii ważności, by nie gromadzić w sobie bezsilności i żalu, by zdystansować się, potrzebne jest regularne wsparcie, uczestniczenie w warsztatach doskonalących pracę z własnymi emocjami oraz świadomość, że taka pomoc istnieje [3].

## Piśmiennictwo

1. Binnebesel J., Błęszyński J., Baczała D. Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną w ujęciu pedagogicznym. WN WSEZ, Łódź 2008.
2. Górecki M. Hospicjum w służbie umierającym. Wyd. Akademickie Żak, Warszawa 2000.
3. Rogiewicz M. Praca psychologa z pacjentem w terminalnej fazie choroby nowotworowej. *Pedagogia Christiana* 2006; 1: 93–110.
4. Łuczak J. Ból i opieka paliatywna. Życie przed śmiercią. Refleksje po 5 latach pracy służbie umierającym, chorym i ich bliskim. Wyd. Med. Borgis, Gdańsk 1999.
5. Walden-Gałuszko de K. Podstawy opieki paliatywnej. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
6. Drużba J. Za parawanem powiek. Wiersze i pamiętniki. Media Rodzina, Poznań 1999; 4.
7. Grzywacz K. Uczucia niekochane. *Zeszyty Formacji Duchowej* 2008; 41: 5–100.
8. Kosowicz M., Winch B. Superwizor wycisza emocje. W: <http://pulsmedycyny.com.pl/index/archiwum/2004>.
9. Binnebesel J. Czynniki utrudniające proces opieki pozamedycznej nad dziećmi hospitalizowanymi z powodu choroby nowotworowej. Księgarnia Św. Jacka, Katowice 1999; 66.
10. Walden-Gałuszko de K. Stres pracy personelu medycznego medycznego. *Psychoonkologia*. Wyd. PTP, Kraków 2000.
11. Rogiewicz M. Cytat z materiałów ze studiów podyplomowych z zakresu psychoonkologii w SWPS w roku akad. 2006/2007.
12. Kreise M. Smutek, strata, żaloba. PWN, Radom 2005.
13. Krakowiak P. Strata, osierocenie, smutek. Biblioteka Fundacji Hospicyjnej, Gdańsk 2008.
14. Brown N. Czyje to właściwie życie? Rebis, Poznań 2004.
15. Fengler J. Pomaganie mężczyznom. GWP, Gdańsk 2000.