

Sedam stvari koje će nas uništiti:

bogatstvo bez rada,
zadovoljstvo bez savesti,
znanje bez karaktera,
religija bez žrtvovanja,
politika bez principa,
nauka bez ljudskosti,
posao bez etike.

Mahatma Gandhi
(1869 – 1948)

Sadržaj

Recenzija	3
Povodom knjige Petra Jeknića	4
Predgovor.....	7
Knjiga o podršci	8
Efikasnost	9
Granica empatičnosti i profesionalizma	11
Psihološka podrška.....	12
1. Rutina	14
A. Rutina u radu psihologa u timu za palijativno zbrinjavanje	16
Crtica o obrazovanju	16
Crtica o kompetencijama	17
Crtica o komunikaciji u palijativnom zbrinjavanju	17
B. Terenski i rad u bolničkim uslovima.....	19
a. Crtica o prednostima terenskog rada	19
b. Crtica o radu u bolničkim uslovima.....	22
C. Rutina u radu psihologa sa pacijentom.....	28
Crtica o kvantitativnom poremećaju svesti	28
Crtica o kvalitativnim poremećajima svesti	29
* * *	30
2. Radost, „sada i ovde“ i konačnost	31
„Kada bih opet, znao bih kako bih!“	31
O vremenu	32
Vreme u praksi	33
Radost	36
„Sada i ovde“	37
Konačnost.....	40
3. Lista prioriteta	42
A. Crtica o nemoćima	43
Crtica o vlastitom trajanju.....	44
Šta mi je?.....	45
B. Crtica o listi prioriteta rada psihologa u palijativnom zbrinjavanju	48
4. Strah od poznatog i strah od nepoznatog.....	51

A.	Crtica o strahu od umiranja ili strahu od poznatog	56
	Datost ili „sada i ovde“	59
	Delatnost.....	60
	Duhovnost.....	60
B.	Crtica o strahu od smrti	60
	Rituali	61
	Intervencija	64
5.	Potreba i kvalitet života	67
	A. Granice	67
	B. Ocena kvaliteta života.....	68
	Potrebe.....	68
	Kvalitet života u praksi	70
	C. Memento mori.....	73
6.	Tugovanje i žalovanje.....	75
	Rituali u tugovanju	77
7.	Pogовор	79
	O Specijalnoj bolnici za interne bolesti Vrnjačka Banja	81
	Prilog	83
	1.	83
	2.	86
	3.	91
	Literatura	92

Recenzija

Petar Jeknić poklanja nam tekst *Memento mori*. Ovaj tekst nastao je na osnovu iskustva iz oblasti palijativnog zbrinjavanja stečenih terenskim radom u domovima pacijenata u Kraljevu i Specijalnoj bolnici za interne bolesti u Vrnjačkoj Banji.

Psihološka pomoć, suštinski važna u palijativnom zbrinjavanju, do skoro je bila praktično zanemarena. Zbog toga su razmišljanja o ulozi, značaju i načinu rada psihologa u ovoj oblasti od neizmerne vrednosti kako drugim psiholozima i psihoterapeutima zainteresovanim za palijativno zbrinjavanje, tako i kliničarima koji, naročito u ovoj oblasti, spoznaju neraskidivi spoj fizičkog i umnog.

Iako sam autor teksta ne smatra naučnim radom već priručnikom za praktični rad, njegova razmišljanja su kompleksna i zasnovana na geštalt psihoterapijskom pristupu, kliničkoj psihologiji, tanatologiji, kao i egzistencijalizmu, hrišćanskoj i budističkoj literaturi. Takav pristup daje mnogo dublje dimenzije ovom delu i pokazuje koliko je veliki prostor ne samo za praktični već i za istraživački rad psihologa u palijativnom zbrinjavanju.

Tekst Petra Jeknića izuzetan je ne samo sadržajem, nego i načinom na koji je uobičen, iakočom izraza i stilom. Izuzetno teška oblast predstavljena je na način koji čtaoca ostavlja bez daha i sa željom da što pre ide dalje otkrivajući nove i nove dimenzije psihološkog rada u palijativnom zbrinjavanju. No, ovo nije samo tekst za one koji pružaju profesionalnu negu. Toplinu sa kojom se ređaju iskustva svake pojedinačne životne drame i nežnost sa kojim su opisana, razumeće svi, a biće najvažnija onima koji najbliže okružuju bolesnika i koji treba da mu budu najveća podrška, njegovoj porodici.

Memento mori treba da pročitamo svi. I treba da ga pamtimo. To je naš dug prema onima kojima život oduzima najvažnije - zdravlje, ostavlja ih najusamljenijima i kojima je stoga, pomoć najpotrebnija.

prof. dr Vesna Kesić,
ginekolog-onkolog,
redovni professor Medicinskog fakulteta, Univerzitet u Beogradu;
Klinika za ginekologiju i akušerstvo, Klinički centra Srbije, Beograd

Povodom knjige Petra Jeknića

Pred čitaocima se nalazi zanimljiva knjiga autora Petra Jeknića, zbirka snoviđenja i razmišljanja na temu podrške ljudima u trenucima kada se oprštaju od života, o trenu koga se podjednako plaše kako oni, tako i njihovi bližnji. Kada se čovek zagleda u literaturu koja je o tome napisana, onda se nalazi u situaciji nalik onoj u kojoj se nađe onaj ko se spremi na poslednje zemaljsko putešestvije, ima je mnogo, ona je tako raznovrsna, a opet od nevelike pomoći onome kome je potrebna. Najčešće su to rutinirana uputstva, uputstva za rad sa ljudima smrtno bolesnima, ali ni reči o sopstvenim iskustvima onoga koji razgovara sa ljudima koji se oprštaju od ovoga sveta. Dakle, takvi susreti su svakodnevni, kako članova familije obolelog, tako i stručnjaka, ali nigde ni „avaza“ o proživljavanjima koja su plod sopstva, najvažnijeg svedočenja o poslednjim trenucima osoba sa kojima radimo, ili svojih najmilijih. Zato je knjiga Petra Jeknića, kao istinsko svedočenje o ulozi psihologa u timu za palijativno zbrinjavanje, retka, a nasušna potreba.

Petar Jeknić je zanimljiva pojava na našem nebu. Psiholog, psihoterapeut, master psiholog u palijativnom zbrinjavanju, a nadasve predani tragalac za zrncem istine o životu našem nasušnom, pored ljudi u trenu kada se raspu u lepezu reakcija na spoznaju da smo svi smrtni, a taj pored čije postelje ili stolice jesmo, najbliži poslednjoj vožnji na ovom svetu. Na dar čitaocima daje zanimljivo, predano, životom pisano iskustvo koje je vredno pažnje kako stručnjaka, tako i šire čitalačke publike.

Razmišljanje o konačnosti zemaljskoga života predstavlja centralnu temu ovog štiva. Iako formalno, najviše u pogовору, naglašenog poziva autora da je knjiga skup stavova o ulozi psihologa u timu za palijativno zbrinjavanje, ona je mnogo više od toga. Ona je pregled izazova sa kojima se sam kolega Jeknić suočavao u svakodnevnoj komunikaciji sa ljudima u terminalnih fazi bolesti, svedočenje o potrebama, zebnjama i izgovorenim i neizgovorenim molbama umirućih.

Knjiga koja se nalazi pred nama je data u sedam poglavlja. Pre nego što se unese u objašnjavanje bazičnih principa na kojima se zasniva rad psihologa u palijativnom zbrinjavanju i sopstveno iskustvo suoči sa, ionako, kako sam autor dobro primeti, oskudnom literaturom, o palijativnom zbrinjavanju (ako se izuzme nekoliko repetitorijuma, bolje reći nekoliko prevoda i uputstava međunarodnih udruženja i pojedinaca), autoru se potkrala „greška“ koju čine samo veliki majstori. Naveo je razloge koji su ga vodili, skoro predvidljivim sledom, ka palijativnom zbrinjavanju i bavljenju ovom značajnom oblasti, onoliko dugo i na način koji nije mogao, a da ne ostavi i pisanog tragaotome. Ne krijući se iza sterilne akademske zavesе racionalnog nabranjanja zadataka koje psiholog ima u radu sa pacijentima i porodicama koji potrebuju podršku i brigu, rizikujući da nesvesno „sagori“ u nesebičnom davanju, autor ovog pre svega teksta sa „ljudskim likom“ daje posebnu vrednost kao redak poklon čitaocu.

U prvom poglavlju izazovnog naslova „rutina“, autor znalački vodi čitaoca kroz prikaz rada psihologa u palijativnom zbrinjavanju na terenskom (primarnom) i bolničkom nivou. Iako svestan činjenice da nema rada bez „izvežbanosti i spretnosti“, autor s pravom zaključuje da kao i u svakoj oblasti ljudskog delanja, „delovanje po iskustvu i navici“ vodi u površnost i formalizaciju, a one, naročito u palijativnom zbrinjavanju, u opasnost da se jedinice za palijativno zbrinjavanje pretvore u umiraonice, a članovi tima za palijativno zbrinjavanje u sagorevanje i „emocionalno zaglavljivanje“. Jeknić stoga znalački opisuje osnovne prepostavke koje se moraju zadovoljiti na ovom nivou

prevazilaženja „puke rutine“ dajući predloge za „dogradnju“ obrazovanja, povećanje kompetentnosti i osvetljavajući moguće efikasnije oblike komunikacije psihologa u palijativnom zbrinjavanju. Posebno je kvalitetan osvrt na sadržaj rada psihologa na terenu i u jedinici za palijativno zbrinjavanje. Osrvtom na najznačajnije sadržaje u bavljenju na terenu, autor skreće pažnju na tako važne okolnosti koje brigu o pacijentu u kućnim uslovima pozicioniraju na najvažniju i najpotrebniju stanicu na kojoj boravi i u kojoj se na najdosledniji način odigrava rastanak sa bližnjima. To je, nažalost, i najslabija karika u lancu palijativnog zbrinjavanja u zemljama u kojima je teorija i praksa palijativne brige na niskom nivou. Zahvaljujući nerazvijenoj podršci na terenu, svedoci smo činjenice da, neosnaženi odgovarajućom podrškom od strane stručnjaka, članovi porodice srljaju da na svaki mogući način smeste pacijente u terminalnoj fazi bolesti u bolnicu, neretko insistirajući na specifičnoj terapiji do sudnjeg dana, nesvesno investirajući svoju nemoć pred neminovnošću (da li samo to?) u proganjanje zaposlenih zbog odsustva „aparata i lekova“.

Nakon što je u prvom poglavlju na vanredan način poređao sve važne činjenice u vezi sa radom psihologa u timu za palijativno zbrinjavanje, u drugom se autor naizgled slučajno, ali vrlo smišljeno, vratio na pojmovnik kojim je i započeo svoje kazivanje. Naime, ako je na početku teksta govorio o sopstvenim dilemama koje su ga ponukale da ostavi pisani traga o svom bavljenju palijativnim zbrinjavanjem (efikasnost psihološke podrške u palijativnom zbrinjavanju, međa empatičnosti i profesionalizma i razumevanje psihološkog angažmana u palijativi), ovde se Jeknić nastavlja na dilemu o podršci i kako je činiti u različitim stadijuma bolesti. Govoreći o radosti (da li je ima i gde je naći pored postelje umirućeg), on na jasan način govorи o težini puta koji samo izabrani prođu. Ako spoznamo da raditi u timu za palijativno zbrinjavanje, znači biti na strašnom mestu samo dok ne otkrijemo da taj put nije nikakva doveka nepoznata cesta već budućnost o kojoj možemo više znati ukoliko na vreme shvatimo da je život ovde i sada, a da konačnost jeste „prismoka“ svakoga ko se rodio. U tom kontekstu treba shvatiti i smisao profesionalizma u palijativnom zbrinjavanju. Profesionalac sam onoliko koliko razumem i „živim“ dileme, strahove i nade (?)onih kojih uskoro neće biti. Radeći sa ljudima na samrtničkoj postelji i članovima njihovih porodica, mi tkamo granice stvarnog i iracionalnog u postupcima pacijenta i njegovih bližnjih. Naravno, naše intervencije su posve različite u domu bolesnika u terminalnoj fazi bolesti od onih koje imamo u jedinici za palijativno zbrinjavanje. U bolnicu se dolazi da bi se porodici omogućio predah, obnovila snaga, napunile baterije, izbrisala pogrešne predstave, dileme, strahovi, a ne da bi se umrlo. Ovo poglavlje se završava retko dobrim razmišljanjem o konačnosti.

Treće poglavlje se, možda najbolje u celom tekstu, nastavlja na navedene minijature iz drugog poglavlja na poseban način. Da li zapravo možemo da radimo sa nemoćima, nezavisno od njihove svesti o skorom kraju, ukoliko naše jastvo ne okrepimo razumom o konačnosti svega materijalnog, prvenstveno nas samih. Na samom početku autor se umesto pobrojavanja prioriteta, pozabavio ciljevima intervencija u palijativnoj brizi. Palijativna briga, prema Jekniću, znači pomoći i podršku svakom čoveku, „koji sebi više ne može da pomogne“, nezavisno od njegove društvene ili ličnosne karakteristike, šire gledano, dobrim, lošim, prljavim, čistim, dobromamernim, zlim. Rečju, svima kojima je potrebna. Na tom putu dva su žestoka protivnika, učimo od Jeknića: nemoć pacijenta i svest o sopstvenom trajanju terapeuta. Izgradnja odnosa prema nemoći nemoćnih krije opasnost od narcisoidne motivacije, ali podjednako i ličnog odnosa terapeuta/psihologa/člana tima za palijativno zbrinjavanje prema tzv. premorbidnim karakteristikama pacijenta. Ako rad u timu za palijativno zbrinjavanje shvatimo kao „posao pun davanja bez očiglednog primanja“, onda smo na dobrom putu. Ono što posebno odlikuje naraciju u ovom poglavlju jesu vlastita iskušenja, divne minijature, gde je

kroz sopstveno iskustvo autor „proprio“ teorijske postavke na kojima se temeljestavovi o nemoćnima i sopstvenoj konačnosti.

Naredna dva poglavlja okrenuta su strahovima i kvalitetu života pacijenata. Vešto preplićući teorijske i iskustvene «crtice» autor nam iznosi sadržaj psihičkog života čoveka na samrti, osvrćući se s pravom na ono što pored osnovne bolesti i njenih simptoma u terminalnoj fazi, najviše remeti njegov kvalitet života, a to je strah. Posebno vredni pomena su izrazi koje susrećemo u četvrtom poglavlju, kao što su « nepuštanje», «sekundara», prihvatanje. Ako je u prethodnim celinama autor nastojao da uz teorijske aspekte, podastre i sopstveno iskustvo, u četvrtom i petom poglavlju je dostigao vrhunac u harmonizovanju veze teorije i prakse palijativnog zbrinjavanja.

Period tugovanja se nalazi na koncu ovoga teksta. Tamo gde se nalazi i u životu smrtno bolesnih i njihovih porodica. Ipak, ne treba da zaboravimo da se zapravo ovaj period proteže na ceo period palijativnog zbrinjavanja. Neverica sa kojom pacijent i njegovi bližnji dočekuju dijagnozu koja sa sobom odnosi specifičnu terapiju, a ostavlja tihovanje, ima u odnosu na vreme u kome je palijativno zbrinjavanje svođeno na koncept “end-of-life”, znatno duži period. Danas palijativno zbrinjavanje kao konceptobuhvata brigu o pacijentima kod kojih je prognoza neizvesna, od trenutka saznanja dijagnoze.

Baveći se ulogom psihologa u palijativnom zbrinjavanju, autor je samo „očešao“ jednu podjednako važnu, a skoro potpuno zapostavljenu ulogu koju ima u multidisciplinarnom timu za palijativno zbrinjavanje. To je sindrom sagorevanja. Opasnost koja vreba svakog člana tima, uključujući, naravno, i samog psihologa. Uloga psihologa u teorijskoj i praktičnoj edukaciji multiprofesionalnog tima za palijativno zbrinjavanje na ovu temu je nezaobilazna. Razumljivi su i razlozi zbog kojih je autor obratio pažnju na ovo značajno polje rada u palijativnoj nezi. Put podvižništva je put žrtve, stradanja. Sagorevanje telesnih „damara“ do ignorisanja, zarad punoće duhovnog „davanja bez primanja“.

Palijativnim zbrinjavanjem u Srbiji i dalje dominira medicinski model koji ima u fokusu bolest, gde često izostaje procena drugih simptoma, osim fizičkih. Zbrinjavanje je epizodično, nekoordinirano i fragmentirano, umesto multidisciplinarnog, multiprofesionalnog modela gde je pacijent i porodica u fokusu, palijativno zbrinjavanje koordinirano, a palijativna nega teži unapređenju kvaliteta života. Izostanak multiprofesionalnog pristupa ima za posledicu slabu procenu potreba pacijenta i svođenje rada sa pacijentima na kupiranje bola.

Knjiga Petra Jeknića stoga dolazi u pravi čas. Iako je u središtu pažnje ovog štiva uloga psihologa u palijativnom zbrinjavanju i neprocenjivo iskustvo stečeno u višegodišnjem ličnom angažmanu autora na pružanju palijativne brige pacijentima u jedinici za palijativno zbrinjavanje Specijalne bolnice za interne bolesti u Vrnjačkoj Banji, ona je više od toga. Može se reći da je ona redak kurikulum o ulozi i radu svakog profesionalca za rad sa pacijentima na koncu života. Iskreno se nadam da će ova knjiga podstaći i druge da iznesu sopstvena zapažanja koja su stekli u radu sa pacijentima u palijativii najiskrenije je preporučujem na „polzu“ stručnoj i laičkoj javnosti, bez izuzetka.

U Beogradu,

5.marta 2017. godine

Prim. dr Periša Simonović

Institut za javno zdravlje Srbije

Predgovor

U poslednjih nekoliko godina pružam psihološku podršku teško obolelim osobama i članovima njihovih porodica u kućnim i bolničkim uslovima. Prethodno sam bio novinar na ratnim i posleratnim područjima nekadašnje Jugoslavije gde sam tokom 15 godina svedočio o stradanju i patnji. Ratovi oružjem su završeni, ali je u toku drugi, mnogo podmukliji. To je rat koji odnosi više žrtava nego onaj vođen oružjem. Iako se nameće da je to rat protiv raka, čija incidencija je znatno uvećana u poslednjih 20 godina (Dragan Ilić et al., 2013), usudio bih se da kažem da je to rat za dostojanstvo pacijenta obolelog od bolesti koja bitno utiče na kvalitet i dužinu života. Zato mi se učinilo korisnim da pojedina iskustva u radu sa teško obolelim osobama stečena u terenskom radu i u JPZ Specijalne bolnice za interne bolesti u Vrnjačkoj Banji, uz odobravanje i podršku zdravstvenih radnika sa kojima sam sarađivao, uobičim u "crtice" ili u "ideje" o polju i načinima rada, i ponudim psihologizma i psihoterapeutima raspoloženim za ovu oblast. Izkustva stečena u oba rata, onom koji je vođen oružjem i onom u kojem ga nema, osvestila su me iz bunila u kojem sam podrazumevao da rutinsko življenje ima neutralan ili manje-više pozitivan karakter.

Zahvaljujem na pomoći i podršci nekadašnjoj načelnici Službe kućne nege i lečenja Doma zdravlja Kraljevo dr Ramili Novaković, načelnici JPZ Specijalne bolnice za interne bolesti u Vrnjačkoj Banji dr Brani Jočić, glavnoj sestri JPZ Mariji Sezović i medicinskim sestrama Dragani Radonjić, Dobrili Bojković, Jeleni Katić, Stojadinki Đurić, Katarini Babović, Aleksandri Crnoglavac i medicinskom tehničaru Igoru Rakočeviću. Zadovoljstvo je bilo raditi sa vama! Ovoga ne bi bilo da nisam sarađivao sa naprednim direktorima zdravstvenih ustanova, ZC "Studenica" Kraljevo dr Zvonkom Veselinovićem i direktoricom Specijalne bolnice za interne bolesti iz Vrnjačke Banje Slađanom Brković. Hvala vam!

Knjiga o podršci

Godine pre rata bile su simbol mira i stabilnosti. Od 1986. do 1991. godine u Sarajevu sam živeo bezbedno i u izobilju. Tih godina čitao sam Kastanedu i Hesea, slušao Azru i Partibrejkerse. Na kraj pameti nisu mi bili „razvojni potencijali nestabilnosti, krize i stresa”. Međutim, svaki život ima priliku da oseti kako nikada nije kasno za sticanje iskustva težine i komplikovanosti, ali retko ko u tome vidi faktor razvoja. Život koji sam živeo bio je bez velikih uspona i padova. Da sam ranijih godina živeo u izobilju saznao sam 1992. godine sa početkom rata kada sam ostao bez vode, struje, hrane, slobode kretanja, slobode izbora i mogućnosti da bilo šta korisno za sebe uradim. Tada sam shvatio da bezbednost nije zagarantovana. Za samo nekoliko dana juna 1992. godine sreća sam se sa drugaćijom istinom, da život može biti težak, a da moje osnovne potrebe nisu uvažavanje onoga što predlažem i dobar provod, nego hleb, voda i toaletna šolja sa vodom u kotliću. Prilagođavanje na „dobro” ide brzo, gotovo da je trenutno, ali na „loše” ili na „zlo” je sporije i teže. Istina je i to da kratko vreme nakon sunovrata život može da se stabilizuje i čak na trenutke postane veoma radostan i lagan. I jedno i drugo iskustvo, iskustvo sunovrata i radosti, nije ništa drugo do život. I to Život, sa velikim „Ž”! Zahvaljujući iskustvima iz BiH, Hrvatske i Kosova koje sam sticao u periodu od 1992. do 2009. godine, koje karakterišu destrukcija i agonija, video sam da se ipak i u očaju i u beznađu mogu desiti najbjlistavije i najradosnije epizode života. Zovem ih „najbjlistavijim” zbog intenzivne radosti koja ih prati, iako u kratkom vremenu posle takvog događaja inicijator sreće može izbledeti. Kako drugačije nazvati, na primer, iskrenu i duboku radost izazvanu dolaskom vode u stan u kojem sam proveo rat u Sarajevu, posle nekoliko meseci nošenja kanistra od Sarajevske pivare? Ovu radost teško će razumeti oni koji nisu bili u sličnim okolnostima, oni kojima se zadovoljavanje fizioloških potreba podrazumeva. Osim toga, činjenice u vezi sa inicijatorima i efektima radosti se razumevaju, a ne osećaju, ali se radost oseća, a ne razumeva.

Tih godina nisam sreća ni jednog psihologa ili psihoterapeuta koji na terenu radi sa ljudima na prevladavanju psihičke patnje. Psiholozi salonskog tipa koji jedan drugom grade ugled jer nemaju konkureniju, nisu iza sebe ostavili mnogo naučnih članaka ili knjiga o radu tokom ratova u nekadašnjoj Jugoslaviji. Osim dubinske motivacije, za psihologa, psihoterapeutu, a kasnije i psihologa u palijativnom zbrinjavanju, opredelile su me godine i godine novinarskog rada među ljudima koji pate zbog rata i njegovih posledica. Patnja ne bira ni mesto ni vreme. Udara silovito i precizno tako da kida veliki broj ili sve veze duše sa „normalnim” životom. Ima li tada nekoga ko bi pružio pomoć, nekoga ko bi bio oslonac? Ko bi to drugi mogao biti do psiholog? Nešto slično video sam u palijativnom zbrinjavanju. Kao što se novinar u meni bunio pred odvratnošću odnosa čoveka prema čoveku tokom ratova na prostoru nekadašnje Jugoslavije, tako se psiholog u meni buni pred činjenicom da neki ljudi trpe zbog psihološke patnje koju nema ko da umiri ili barem da to pokuša.

Smrt i umiranje doživljavaju se iz pozicije onih koji ostaju. Ukoliko je reč o bližnjima, njihova osnovna osećanja uglavnom su tuga, žalost, strah i druga njima bliska. Kako je onima koji odlaze, to znaju samo oni. Da li oni koji odlaze dele osećanja sa bližnjima? Pitam se, da li bih za sebe želeo umiranje u strahu i tuzi i šta bi bilo potrebno da se to ne desi? Ukoliko dam bilo kakav odgovor reč je o hipotezama koje će biti dokazane ili odbačene kada budem umirao. Radeći na podršci teško obolelima, naročito u terminalnoj fazi, bio sam u prilici da čujem i vidim neke od odgovora. Doživljavao sam različite krize i unutrašnje lomove. Svaku od faza bojila su druga osećanja.

S obzirom na trenutno mali broj psihologa u palijativnom zbrinjavanju, do čega je došlo zahvaljujući nedovoljnom teoretskom i praktičnom obrazovanju, nedostatku literature, nezainteresovanosti psihologa, ali i nemogućnosti zapošljavanja i nerazumevanja uloge psihologa u timovima za palijativno zbrinjavanje, ukratko ću opisati dileme i unutrašnje sukobe kroz koje sam prolazio. Zapravo, reč je o tri pitanja koja su pratila sticanje iskustva u ovoj oblasti. To je pitanje efikasnosti psihološke podrške u palijativnom zbrinjavanju koja nije adekvatno opisana u postojećoj literaturi, zatim pitanje psiholoških granica u relaciji empatičnosti i profesionalizma. Konačno i najvažnije, to je pitanje razumevanja suštine psihološkog angažovanja u palijativnom zbrinjavanju. Zadatak psihologa u palijativnom zbrinjavanju je da pruža podršku pacijentima. Iako je moguće da se smisao i značaj psihološke podrške podrazumeva, za psihologa je dobro da nađe odgovor na dva pitanja: šta je podrška i kako se podržavaju pacijenti u različitim stadijumima bolesti?

Efikasnost

Prvi put sam se sa palijativnim zbrinjavanjem sreo 2011. godine u Belhospisu, prvoj ustanovi te vrste u Srbiji. Tada sam bio psiholog i psihoterapeut na edukaciji. Oblast palijativnog zbrinjavanja veoma mi se dopala, osećao sam polet i zanos. Dve godine kasnije odbranio sam master na palijativnoj medicini i tako postao prvi psiholog u Srbiji sa završenim formalnim obrazovanjem u ovoj oblasti. Ipak, nisam znao šta će me čekati u radu sa stvarnim pacijentima. Na teren, tj. u domove pacijenata, krenuo sam zahvaljujući saradnji sa načelnicom Službe kućne nege i lečanja Doma zdravlja u Kraljevu, dr Radmilom Novaković. U prvim susretima sa pacijentima u njihovim domovima osećao sam se zbunjeno, bio sam distanciran, nesiguran, pa i uplašen i zbog toga gotovo nedodiriv za ono što je nastajalo između pacijenta i mene tokom razgovora. Jednim delom bila je to posledica očekivanja pacijenata, ali i činjenice da naš narod uglavnom ne pravi razliku između psihijatra i psihologa, kamoli kako pisholog može da pomogne teško oboleloj osobi. Očekivanje čuda, što nije retkost kod obolelih i članova porodica, i mistično razumevanje uloge psihologa, vukle su me u neželjenom pravcu očekivane omnipotentnosti. Kada se tome doda moje neiskustvo i nesnalaženje u "otklanjanju psihičke patnje" teško bolesnih osoba, koju sam sreo u knjigama, ali bez bilo kakvog opisa metodologije, onda će postati jasno odakle je izronilo pitanje efikasnosti psihološke podrške u palijativnom zbrinjavanju. Ipak, na moje veliko iznenađenje, pacijenti i porodica bili su zadovoljni razgovorom i to od prvog do poslednjeg! Konačno su sa nekim popričali, neko ih je saslušao. Ovo će mi biti značajno kasnije kada budem shvatio značaj "autentičnog prisustva" za pacijenta (Ginger, 2003).

Iako je definisan krajnji cilj angažovanja psihologa u palijativnom zbrinjavanju, a to je uklanjanje psihičke patnje (WHO, 2002), ovo može prebrzo odvesti do zaključka da je efikasnost rada omeđena postojanjem ili nepostojanjem psihičke patnje pacijenta. Po toj logici, ako pacijent pati, onda je rad neefikasan, a ako ne pati, onda je efikasan. Ovo nije u potpunosti tačno. Na početku terenskog rada prihvatio sam da "efikasnost" nije prava reč u palijativnom zbrinjavanju nezavisno od toga da li psiholog uspe ili ne uspe da pomogne neutralisanju psihičke patnje. Tek nakon što sam se sreo sa prvim pacijentima mogao sam da razumem da cilj psihološkog rada u palijativnom zbrinjavanju nije usko definisan. Iako bih se osetio uspešnim kada bi pacijentu pomogao da dođe do psihičkog rasterećenja i smirenja, postojale su situacije u kojima se nije mogao prepoznati bilo kakav boljitak, iako je za pacijenta urađeno najviše što se u datim okolnostima moglo. To me navelo na razmišljanje da je uspešnost rada psihologa određena ne samo vidljivom reakcijom i osećajem pacijenta, već i psihologa. Naročito ukoliko pacijent zbog prirode i faze bolesti nije u stanju da potvrdi poboljšanje.

Ukoliko psiholog dâ sve od sebe, ako u granicama mogućnosti bude adekvatno prisutan za pacijenta, to je sasvim dovoljno. Drugim rečima, ukoliko je psiholog autentično prisutan za pacijenta, samo prisustvo može biti dovoljno bez obzira na stanje u kojem se pacijent nalazi. Obaveza psihologa je da nauči šta znači "biti autentično prisutan za pacijenta". Odgovornost prema sebi znači ostati u svojim granicama odakle će psiholog dati sve od sebe, sa puno uvažavanja i ljubavi, ali ne i samog sebe.

Jedna od prvih spoznaja nakon početka terenskog rada bila je da se, radeći sa pacijentima, uporedo nametalo pitanje mog osećaja radosti i zadovoljstva životom. Pacijenti sa kojima sam radio učili su me i podsećali na vredno iskustvo proživljenog rata. Svaki dan su mi bez reči govorili da budem radostan onim što imam, od vazduha koji dišem svojim plućima, vode koju pijem svojim rukama, fiziologije koju obavljam samostalno i tako dalje. Alternativa je da budem tužan zbog onog što nemam, ne primećujući šta imam. "Eh da mi je još samo ovo" u kontekstu palijativnog zbrinjavanja podseća me na efikasnost predstavljenu isključivo uklanjanjem psihičke patnje. Ako u psihološkom radu efikasnost bude dominantna u odnosu na radost, tada postajeapsurdna.

Slušao sam osobe koje su bile na pragu prelaska iz ovog života, kako ga boje crnom bojom bez sjaja. Crnilo je činilo ono što nisu imali, ili su ga imali previše. Neki od njih su na tako ilustrativan način opisivali čemer i muku da su gotovo mogli da se okuse i opipaju. Taj "čemer" i tu "muku" predstavljali su kao obeležja života koji su se urezali u sećanje bojeći čitav život. Najčešće to je bio "rad, rad i samo rad", siromaštvo, prerana smrt nekoga iz porodice i nedostatak emotivne veze, intime ili partnera/partnerke. Ovo me je navelo na preispitivanje "učinka" vlastite psihološke podrške i terapijskog rada sa teško obolelima. Pitanje radosti i zadovoljstva mojim životom je, zahvaljujući radu u palijativnom zbrinjavanju, dobilo još jednu svetliju nijansu bele. Iako nemam sve što mojoj duši treba, ja sam veoma srećan čovek!

Psihoterapijski i psihosavetodavni rad sa zdravim i psihološka podrška teško obolelim osobama ima puno različitosti. Zbog osećaja vlastite adekvatnosti važno je promišljati o pitanju "efikasnosti" u radu sa pacijentima. Jer, mnogi psiholozi ne žele da rade sa teško obolelima zbog toga što ne mogu da vide vlastitu uspešnost na način koji je za njih prihvatljiv, odbijajući da rezultati rada u palijativnom zbrinjavanju mogu biti podjednako vredni kao i oni sa zdravim klijentima. Ovo je veoma pogrešno razmišljanje! Na primer, osmeh na licu pacijenta ne mora ništa da znači, ali je nekada najmanji osmeh, ili ono što na osmeh liči, najveće moguće dostignuće, veliko kao planina, ogroman uspeh. Nekada su mir koji pacijent pokazuje i rečenica "biće sve u redu" koju iskreno izgovori, makar je procedio kroz zube, vrednije od bilo koje pohvale i priznanja uspešnosti psiholokog rada. Nekada je obostrano čutanje uz autentično prisustvo psihologa ili psihoterapeuta, jedini mogući, pa samim tim i prihvatljiv rezultat, koji je teško meriti sa dostignućem u radu sa zdravim klijentima. Nekada je odlazak pacijenta pored kojeg stoji psiholog, dok mu se telo smiruje posle posmrtnog ropca ili agonije, sasvim dovoljan rezultat u kojem se može osetiti nebeski mir.

Doživljaj efikasnosti u palijativnom zbrinjavanju u poređenju sa drugim oblastima angažovanja psihologa pre svega zavisiće od kapaciteta psihologa, a ne od merljivosti ili objektivnosti ostvarenog. Ideja o uklanjanju razloga psihičke patnje kao preduslova mira i željenog rezultata psihološke aktivnosti u palijativnom zbrinjavanju često nije realna ili barem nije precizna. Ovaj tekst skromni je doprinos produbljivanja svesti o ovoj temi.

Granica empatičnosti i profesionalizma

Nastavkom rada sa teško bolesnima u periodu između 2013. i 2015. prvo bitni polet i "efikasnost" dali su prvenstvo uspostavljanju granica i "otkriću" zadovoljstva u radu unutar mogućnosti. Paradoksalno ili ne, sa postavljanjem granica postao sam empatičniji, gotovo da sam osećao pacijentovu patnju, rezignaciju ili ljutnju. Sa postavljanjem granica jasnije sam video potrebe pacijenta i postao prisutniji u radu nego kada sam bio stopljen, u konfluenciji. Granicu sam i dalje prelazio kada bih video da pacijent trpi telesnu bol ili da ga treba presvući.

Na sreću, granicu sam počeo da postavljam pre nego su se pojavili simptomi sindroma sagorevanja. U nekoliko slučajeva sedmicu za sedmicom, pratio sam težinu umiranja pacijenta što je u meni izazivalo tugu, gubitak energije, plačljivost, odsutnost i slično. U nekim slučajevima, podstaknut telesnim bolovima pacijenta, bio sam napet, osećao sam vrlo veliki nemir, zebnju i druge neprijatne telesne senzacije. Tokom terenskog rada u par slučajeva sam zamolio doktorku iz Službe kućne nege i lečenja da razmisli o korigovanju terapije pacijentkinji M.P. zbog bolova koje je osećala a o kojima mi je pričala prilikom svake kućne posete. Ovo nije prekoračenje granica u relaciji psiholog – lekar već suština multidisciplinarnosti u palijativnom zbrinjavanju. Bez obzira što psiholog nema dodira sa terapijom lekovima, reagovaće na bilo koji znak njihovog neadekvatnog ili nedovoljnog efekta. Ovo podrazumeva elementarnu obučenost psihologa u oblasti terapije bola.

Psihološka granica nikako ne predstavlja rigidni odnos članova tima ili bilo kod člana tima prema pacijentu. Naprotiv, prema pacijentu će razviti senzibilnu barijeru koja spaja empatičnost i profesionalizam. Da bi ovo dugoročnije funkcionalisalo dobro je supervizirati radove.

Nastajanje i održavanje funkcionalne granice prema pacijentima dinamičan je proces koji u sebi objedinjuje različite faktore. Sticanje iskustva bez redefinisanja granica nije moguće. U početku granica ne postoji, a njeno pojavljivanje i karakteristike zavisile će od svojstava ličnosti i snage destabilišućih faktora koje možemo nazvati stresorima. S obzirom na to da se u ovoj oblasti susrećemo sa vitalnim nagonima intenzivnije nego u pedagoškoj psihologiji, drugim granama kliničke psihologije ili u psihoterapiji, od suštinske važnosti je da psiholog ima jasan stav prema smrti kao sastavnom delu života i umiranju kao procesu (Charles A. Corr, 2007).

Nepoštovanje vlastitih granica koje su opisane u protokolima i procedurama rada, stalna su pretnja pojavi sindroma sagorevanja. Sindrom sagorevanja je neželjena pojava svakog posla, naročito u ovako složenom radu kao što je psihološka podrška teško obolelih i članova porodica nakon odlaska voljene osobe. Zato je "jedno oko na granicama" uslov očuvanja zdravlja i uspešnosti rada psihologa u palijativnom zbrinjavanju.

U granicama, koje možemo zvati i komfornom zonom ili zonom rezilijentnosti, osećamo se bezbedno. Ovo je lična granica koja će, definisanjem kompetencija za rad psihologa u palijativnom zbrinjavanju, dovesti do stvaranja profesionalnih granica. U drugim oblastima medicine te granice su definisane procedurama i protokolima koje štite lekara i pacijenta. Prvog od sindroma sagorevanja pa samim tim od neupotrebljivosti, drugog od greške zdravstvenog radnika. Iako procedure nisu garancija da zdravstveni radnici neće emotivno izgoreti, jer to ne zavisi od procedura, ipak su dobar način za očuvanje njihove funkcionalnosti. Procedure za rad psihologa u ovoj oblasti još uvek ne postoje što opisuje složenost situacije u kojoj se palijativno zbrinjavanje trenutno nalazi.

Psiholozi i psihoterapeuti svakom klijentu i pacijentu pristupaju autentično kao jedinstvenoj, neponovljivoj, unikatnoj ličnosti i u tome nema rutine. Iz toga se nameću pitanja: koja je, i gde je, granica između profesionalnosti i empatičnosti psihologa/psihoterapeuta angažovanog u palijativnom zbrinjavanju? Koliko i kako će psiholog primiti emotivnog sadržaja od pacijenta i kako i koliko će mu vratiti? Psiholog ne može da ne primi određeni emotivni sadržaj. Bez toga će čitavo angažovanje biti rutinsko, a ovo polje medicine ne podnosi takvo ponašanje psihologa.

Sa druge strane, na koji način će se oslobođiti emotivnog sadržaja koji poneše iz kontakta sa pacijentom? Da li je dovoljno angažovanje supervizora koji ne poznaje palijativno zbrinjavanje? Ovo su pitanja koja su nastala u početku rada u JPZ Specijalne bolnice za interne bolesti u Vrnjačkoj Banji.

Psihološka podrška

Zahvaljujući povremenom terenskom radu efikasnost i granice sam prepoznao kao teme na kojima valja raditi. U prvih godinu do dve nisam primećivao pitanje koje je na vrhu liste prioriteta, pitanje zbog kojeg su psiholozi uvršteni u timove za palijativno zbrinjavanje. Odogovor mi se podrazumevao, kao verovatno svima koji se ovim poslom bave, zbog čega o njemu nisam razmišljao. Kada se pojavilo, odgovor nisam mogao jasno da artikulišem. Pitanje glasi: šta psiholog podržava u palijativnom zbrinjavanju? Da li zaista razumem značenje ovog pojma?

Svako klupko ima svoj početak, a početak "klupka" palijativnog zbrinjavanja, kada je reč o ulozi psihologa, nalazi se u odgovoru na ovo pitanje. Ako se početak ne pronađe klupko se može zapetljati od čega će najviše štete imati pacijent. Klupko aktivnosti počiva na svesti da je smrt prirodni kraj života. Smrt nije tema psihološke podrške jer nije u njenom domenu, ali umiranje jeste (Lattanzi-Licht, 2007). Koliko zaista poznajemo umiranje i da li smo spremni za podršku, ma šta ona bila, u procesu koji predstavlja pripremu za napuštanje života? „Memento Mori“ je princip koji može postati moto svakog psihologa u palijativnom zbrinjavanju. "Sećaj se da si smrtan" može da se shvati na različite načine. Ova fraza doslovno znači "sećaj se smrti" i predstavlja izraz podsećanja da ćemo svi umreti. Ovom smislu može odgovarati i objašnjenje "ako ćemo već umreti, živimo dok smo živi" što je suština Horacijeve poruke „Carpe Diem“ ili "uberi (zgrabi) dan". "Sutra" i ono što mu predstoji je neizvesno, a život postoji jedino u granicama onoga što se dešava u "sada i ovde".

Čini se jednostavnim odgovoriti na pitanje o podršci, ali se u samom radu može dogoditi da psiholog neadekvatno postupi pružajući podršku nečemu čemu podrška nije potrebna ili čak nije moguća. Da li će rečenica: "Biće sve u redu" biti uvek adekvatna? Ako ne, kada i kome je treba reći?

Sa druge strane, šta znači i kako podržati nekomunikabilnog pacijenta ili pacijenta koji nije svestan? Svaki pacijent koji daje znake života ima pravo da bude adekvatno psihološki podržan jer se pod psihom ne podrazumeva samo njen svesni deo. U praksi sam video, što će u delu teksta o neverbalnoj komunikaciji biti navedeno, da je prisustvo pored pacijenta, držanje za ruku ili milovanje po čelu ili po ruci bilo veoma dobro prihvaćeno kod pojedinih nekomunikabilnih pacijenata. Pitanje je da li će psiholog prepoznati mogućnost za pružanje podrške nakon što oseti i shvati šta podržati: borbu za život ili spremanje za odazak zaokruživanjem života? Ovo će moći ako je prihvatio svoju konačnost nakon čega bi mogao autentično da se pozabavi tuđom.

Aktivnost psihologa u terminalnoj fazi bolesti biće prilagođena zahtevima svakog pojedinačnog pacijenta. Terminalna faza bolesti odnosi se na period u kojem je maligna bolest sa metastatskim promenama napredovala u toj meri da je jedino realno očekivati smrtni ishod pacijenta. Po definiciji,

terminalna bolest podrazumeva sporu smrt i progresivno propadanje, koje može trajati mesecima i može biti praćeno hroničnim bolom i kompleksnom patnjom (Berger, 1997). Terminalna faza bolesti počinje kada medicinski stručnjaci procene da se zdravstveno stanje bolesnika pogoršava i da ne postoji tretman koji bi doveo do poboljšanja stanja i sprečavanja smrti (Klikovac, 2010).

Podrška drugim članovima tima tema je sa kojom sam se prvi put sreo u JPZ. Do tada sam se sa zdravstvenim radnicima povremeno sretao u domovima pacijenata, ali smo veoma retko razgovarali o stanju pacijenta, a kamoli o njihovoj psihičkoj stabilnosti. Suprotno tome, dolaskom u Specijalnu bolnicu za interne bolesti zdravstveni radnici su me redovno informisali o stanju pacijenata, pa čak i o važnim podacima iz života ukoliko bi ih poznavali. Razgovori sa dr Branom Jočić, načelnicom JPZ, bili su obostrano veoma korisni, a ticali su se ličnih tema i psiholoških dilema u vezi sa pacijentima. U periodu od preko godinu dana imao sam preko dvadeset individualnih psihoterapijskih seansi sa pet zdravstvenih radnika od kojih većina nije raspoređena u JPZ. Ovo je bio način izražavanja podrške sa ciljem podizanja kvaliteta života, pa samim tim i kvaliteta usluge koju zdravstveni radnik pruža.

Psiholozi i psihoterapeuti srećaće se sa brojnim problemima u razumevanju značenja pojma "podrška" bez obzira da li je reč o podršci pacijentu ili drugom članu tima. Ako se tome doda i kratkoča vremena za rad, jasno je da će pitanje podrške, njenog značaja, vrste, metodologije i kvaliteta stalno biti otvoreno i nadograđivano. Ovu temu, koja predstavlja suštinu uključivanja psihologa u timove za palijativno zbrinjavanje, vidim u kontekstu:

- rutinskog rada u timu i sa pacijentima,
- razumevanja i pravilnog postavljanja intervencije u "sada i ovde" uz jasnu svest psihologa o konačnosti života,
- liste prioriteta u ličnom i profesionalnom životu shodno okolnostima,
- straha od poznatog i straha od nepoznatog, kao i u kontekstu
- razumevanja i prihvatanja potreba i njihovog odnosa prema kvalitetu života, odnosno radosti.

1. Rutina

Sve ima svoju rutinu. Dan, kiša, pisanje, ljubav... Ali sve što padne na pamet, sve što bi moglo da ima nešto izvežbano ili ponavljajuće, ima i svoju specifičnost zbog čega je sve oko nas i u nama neponovljivo. Ako ni jedna pahulja nije ista, ni jedan ljudski prst nije absolutna kopija nekog drugog, ako ni jedno zrnce peska nije identično bilo kojem od milijardi zrnaca, a da spermatozoidi ne nose potpuno isti DNK, onda je svet mogućnosti neograničen. U tom obilju različitosti, istovetnost je samo privid.

Procesi mogu biti rutinizirani – na isti način će reagovati na svetlost i vlažnost vazduha stomini otvori na naličju lista, ali u svakom narednom trenutku koji se meri milisekundama to više nije isti list. Da li je svaki lov čopora lavova isti? Principi lova jesu, ali svaka nova gazela znači novi izazov. Uvremenjena i adekvatna intervencija člana tima u palijativnom zbrinjavanju želja je svakoga ko se ovim poslom bavi. Rutina je preduslov, ali često i prepreka njihovom ostvarenju.

Po Vujakliji, pojam "rutina" označava "vičnost u radu, izvežbanost u nekoj vrsti poslovanja, spretnost, više mehanički način rada, delovanje po iskustvu i navici, bez udubljivanja u samu stvar". Iskustvo koje sam stekao u JPZ Specijalne bolnice za interne bolesti u Vrnjačkoj Banji ohrabriло me je da na ovom mestu prenesem nekoliko razmišljanja o ovoj temi koja ima široku primenu kako u odnosu između pojedinih članova tima tako i u radu prema pacijentima.

Palijativno zbrinjavanje ima šansu da pacijentu vrati uzdrmanu ljudskost i dostojanstvo u uslovima teške bolesti i nemoći. Rutina u palijativnom zbrinjavanju ima svoje pozitivno i negativno značenje i uticaj. Podrška pacijentu zahteva jasne procedure, obrazovani kadar i adekvatnu komunikaciju gde je rutina veoma poželjna. Delovanje po pravilima i propisima obaveza je svakog sistema u savremenom društvu, ali može da postane faktor obesmišljavanja tog istog ako samom sebi bude svrha. Kada rutina izgubi smisao ne može više biti pozitivna. Kao kada nešto postoji tek da bi postojalo: brak radi braka, frizirani izveštaji koje нико не чита, agencije poznate само onima koji u njima rade, službe čije delovanje je limitirano lošim pravilnicima, i tome slično. U najranijem detinjstvu, kao što se može reći za palijativno zbrinjavanje koje još uvek nije "prohodalo", stvaranje rutine ima pozitivne vrednosti koje stabilizuju ponašanje i razvoj deteta.

U rutini se stvari ponavljaju na sličan način i po gotovo istom principu. Nova iskustva tada su veoma retka kao i potreba za drugačijim, do tada nepotrebnim odlučivanjem. Moglo bi se reći da su iskustva koja stičemo u rutini suptilna, pa se javlja problem njihovog prepoznavanja i prihvatanja. Pored otpora kao uobičajenog mehanizma odbrane, nezadovoljstvo promenom je prateći osećaj. Tako na primer, s vremena na vreme nađemo se u opasnoj situaciji u koju smo dospeli nekim volšebnim spletom okolnosti, a da pri tome nismo bili svesni opasnosti. Ukoliko u takvim životnim okolnostima, u kojima se opasnosti konstantno javljaju provedemo dovoljno vremena, stvorice se navika odnosno rutina. Neko bi rekao da će dužim boravkom u takvim uslovima "otupiti pažnja". Ukoliko ne postoji svest o opasnosti, svaka aktivnost koja nas pomera iz date situacije izaziva otpor i želju da tu ostanemo.

Koliko puta sam izbacivao zrikavce iz kuće u kojoj bi sigurno uginuli. Mnogo puta. Do sada ni jednog zrikavca nisam uhvatio, a da nije pokušao da pobegne iako sam želeo da ih vratim u prirodnu

sredinu. Kako li se oseća taj zrikavac kada ga poklopim rukom da bih ga nežno uhvatio sa bokova malenog tela i odneo u travu? Slično tome i mi imao potrebu da pobegnemo kada se dešava promena iako nas ta ista promena potencijalno vodi u drugačije, iskustvom bogatije življenje. Nešto slično dešavalo se ljudima koji su izbegavali da napuste kuću iako je bila blizu linije fronta, ili onima koji su, navodeći razne razloge, tokom poplave 2014. godine u Paraćinu, izbegavali da uđu u čamce za spasavanje ostajući na tavanima svojih kuća. Nije potrebno doživeti rat i poplavu da bi se uverili koliko je zapravo "rutinsko življenje" opasno. Ili barem potencijalno opasno.

„Neželjena Gošća dolazi onima koji se ne menjaju, kao i onima koji se menjaju. Ali ovi drugi barem mogu reći: 'Moj je život bio zanimljiv, nisam protračio svoj dar'. A oni koji misle da je avantura opasna, neka pokušaju sa rutinom: ona ubija mnogo brže.“ (Koeljo, 2013)

Čemu služi vizita u Jedinici za palijativno zbrinjavanje? Ako je identična viziti na drugim odeljenjima, ona nema smisao jer se u JPZ pacijenti ne leče. S obzirom da je vizita jedinstvena prilika za razgovor lekara sa pacijentom, zar ne bi mogla da dobije drugačiji smisao i dinamiku? Za očekivati je da predlog o promeni forme vizite bude dočekan otporom. To je "otpor stresoru" (Jeknić, 2012). Slično tome, ako je JPZ organizovana kao svako drugo odeljenje bolnice u kojoj se nalazi, pitanje je da li će tako biti dostignut adekvatni nivo podrške pacijentima. Da li će vizita imati isti karakter kao na drugim odeljenjima zavisće od procedura rada u JPZ koje za sada ne postoje. Kada se jednog dana uspostave, jutarnje uzajamno informisanje članova tima biće početak dnevnog rada sa pacijentima, a prednost će se dati prisustvu pored pacijenata, naročito onih koji su u svesnom stanju. Šetanje, razgovor i organizovanje aktivnosti za one koji su aktivni nači će se u takvom pravilniku iz kojeg može da proistekne rutina. Da bi u JPZ došli pacijenti koji nisu isključivo u terminalnoj fazi bolesti potrebno je da lekari na primarnom nivou bolje razumeju koncept palijativnog zbrinjavanja nego što ga danas razumeju. Bez toga, JPZ se pretvaraju u umiraonice iako im to nije namena. Po neformalnim podacima za godinu dana postojanja JPZ u Vrnjačkoj Banji, stopa smrtnosti na odeljenju bila je 54% od ukupnog broja primljenih pacijenata.

U rutini odlučivanje nema značaj koji dobija prilikom aktivnog suočavanja sa životnim teškoćama. Još uvek nije postavljena "zakonitost valjanosti odlučivanja". Ukoliko je neka odluka dobra u "sada i ovde", ne znači da će biti dobra u nekom drugom vremenu i drugim okolnostima. Svaki psiholog u palijativnom zbrinjavanju ima zadatak da proširuje iskustva u radu sa teško obolelim, da bude aktivan i da prethodno stečena znanja koristi sa svešću o mogućnostima promena u novim okolnostima. Uskogrudo, vremenski i prostorno ograničeno poimanje života koje se opravdava postojanjem straha od promene čini se veoma rasprostranjenim. Plodno tlo za negativne aspekte rutine je pronađeno. Na njemu klija i razvija se korov neodlučnosti, pa samim tim neodgovornosti za vlastiti i tuđe živote.

A. Rutina u radu psihologa u timu za palijativno zbrinjavanje

Priča o rutini u radu psihologa unutar tima za palijativno zbrinjavanje zasniva se na obrazovanju, definisanim kompetencijama i komunikaciji, odnosno saradnji unutar tima. Pravila i procedure o radu JPZ u domenu su Ministarstva zdravlja i kao takve nisu u sferi mog interesovanja. Ukoliko ministarstvo ne shvati da jutarnja vizita i dnevne aktivnosti tima za palijativno zbrinjavanje ne odgovaraju potrebama pacijenata, ne verujem da će inicijativa jednog psihologa dovesti do promene. U praksi sam video da bi tiha, lagana muzika u JPZ bila dobro prihvaćena, da bi kratka tematska obraćanja pojedinim pacijentima o, na primer strahu, zebnji, napetosti i sličnim stanjima koja su česta, bila korisna kao i izlaganja o neželjenim dejstvima pojedinih lekova. Neki pacijenti bi rado igrali šah, Ne ljuti se čoveče i slične igre. Bez tako organizovanog dana koji bi postao rutinski, teško je očekivati da JPZ dobiju predviđenu namenu. U sadašnjim uslovima, u kojima nije definisana uloga psihologa u timu za palijativno zbrinjavanje, ostaje da se pozabavimo bazičnim preuslovima rutinskog rada kao što su obrazovanje, kompetencije i komunikacija.

Crtica o obrazovanju

Specifična obuka psihologa koji će biti uključeni u timove za palijativno zbrinjavanje zasniva se na različitim pristupima pacijentu tokom lečenja. Ako bi se bavili formom angažovanja, čini se da je kombinovanje psihosavetodavnog i psihoterapeutskog rada dobar način što znači da je potrebno psihološko i psihoterapeutsko obrazovanje. Do izbora načina dolazi se teoretskim i praktičnim obrazovanjem.

Po istraživanjima koja su objavljena u Danskoj (Karstoft, 2010), psiholozi uključeni u timove za palijativno zbrinjavanje imali su srednji stepen obrazovanja, odnosno zvanje mastera (Saskia Jünger et al., 2010). Edukacija na ovdašnjim fakultetima, odsecima za psihologiju u okviru predmeta „Klinička psihologija”, obuhvata osnovne činjenice o palijativnom zbrinjavanju, ali nedovoljno da bi psiholozi bili spremni za ono što ih čeka u uslovima terenskog rada ili u JPZ. Ako ništa drugo, nije rešeno obavljanje praktične obuke zbog toga što palijativno zbrinjavanje nije zaživelo u onom obimu koji predviđa Strategija za palijativno zbrinjavanje (Ministarstvo zdravlja, 2009).

Krajem 20. i početkom 21. veka psihologija je kasnila sa ulaskom u oblast palijativnog zbrinjavanja nezavisno od podneblja (Judith R. Gordon et al., 2000). U izveštaju koji se bavi pitanjem uloge psihologa u End-of-life brizi krajem 20. veka, autori kažu: „S obzirom da psihologija nema dugu istoriju rada u polju terminalnih bolesti i donošenju odluka o završetku života, psihologija kao disciplina mora da se fokusira prvo na samo-obrazovanje. Obraćanje pažnje na obrazovne programe ponuđene od strane drugih profesija i učesnika u interdisciplinarnim timovima za palijativno zbrinjavanje vitalne su strategije za 'ubrzavanje' (psihološke) profesije u ovom smeru.” (Judith R. Gordon et al., 2000) Do sredine druge decenije 21. veka svega nekoliko nacionalnih udruženja psihologa ima definisane kompetencije za rad psihologa u palijativnom zbrinjavanju.

Zapravo, obrazovanje psihologa, kao i drugih članova tima za palijativno zbrinjavanje bezuslovno će biti široko i van klasičnih polja delovanja (Allard P, et al. , 2001) zato što se ne radi o uobičajenim psihološkim zadacima. Završetak života obuhvata mnoge oblasti koje potencijalno mogu izazvati patnju. Polje tanatologije¹ je suštinsko multidisciplinarno polje izučavanja i obrazovanja onih koji žele

¹ Tanatologija je naučna disciplina, koja ima za predmet proučavanja predstave o smrti, njenu simboličku reprezentaciju, proces i doživljaj umiranja, kao i brojne rituale i verovanja koji prate smrt i sahranu.

da se specijalizuju za rad u timu za palijativno zbrinjavanje, posebno psihologa. Zbog toga bi „psihologija umiranja i smrti” takođe mogla biti u informativnom obliku dodata dodiplomskim, a u znatno širem i poslediplomskim studijama psihologije.

Osim psihološkog osnovnog i specijalističkog obrazovanja, veliki doprinos razvoju palijativnog zbrinjavanja kroz ulogu u timu može da omogući psihoterapijska obuka koja je u Srbiji veoma raznovrsna. Primera radi, obuka za Geštalt psihoterapeuta, iako nije prihvaćena kao formalno obrazovanje, u jasno strukturisanom programu obučava studente za rad sa klijentima na podizanju svesnosti, ali i kliničkom praksom (Margherita Spagnuolo Lobb, Gianni Francesetti, 2013), što je jedan od zadataka psihologa u palijativnom zbrinjavanju. Geštalt psihoterapija je u isto vreme jedna od humanističkih psihoterapijskih pravaca koji kroz „Ja-Ti” kontakt pomaže pacijentu kojem je potrebno palijativno zbrinjavanje. Podizanje svesnosti pacijenata vodi kvalitetnijem životu bez obzira na zdravstveno stanje ili dužinu preživljavanja.

Crtica o kompetencijama

Psiholozi u Srbiji trenutno nisu dovoljno uključeni u timove za palijativno zbrinjavanje, nemaju definisane kompetencije i organizaciju rada, i zbog toga je nejasan odnos u radu sa drugim članovima tima, kao i način sprovođenja supervizije, čak i tamo gde psiholozi rade u ovoj oblasti medicine. Ova i druga pitanja profesionalnog angažmana trebalo bi da budu razrešena u što kraćem periodu uključivanjem psihologa u rad stručnih tela zaduženih za palijativno zbrinjavanje, a uz podršku strukovnog udruženja i Sekcije psihologa u palijativnom zbrinjavanju koja je osnovana 2015. godine.

Uloga psihologa u palijativnom zbrinjavanju nije definisana, bez obzira da li je reč o osnovnom ili proširenom timu. U nedostatku jasno definisanih organizacionih i obrazovnih prepostavki i kompetencija psihologa unutar tima, kao i zbog nepostojanja sistema podrške, druge struke zauzimaju ulogu koja pripada psiholozima. Ogovornost za to leži na psiholozima koji su jedini pozvani da odrede kompetencije vlastitog rada i da definišu sopstvenu ulogu unutar tima za palijativno zbrinjavanje. U članku „Roles for Psychologists in End-of-Life Care” Američkog udruženja psihologa iz 2000. godine, stoji: „... čini se prikladnim zaključiti da je psihologija generalno zakasnila sa profesionalnom diskusijom na uopštenu End-of-life temu kao i ulozi u slučajevima asistiranog samoubistva. Iako su neki psiholozi dali važan doprinos ovim poljima, postoje mali dokazi da je psihologija uopšte kao disciplina, prepoznata kao važna oblast za End-of-life pitanja i da zasluguje da se za nju posveti vreme i profesionalna pažnja.” (Judith R. Gordon et al., 2000). Ova izjava u potpunosti odgovara aktuelnom trenutku u kojem se psihološka struka u Srbiji nalazi u oblasti palijativnog zbrinjavanja.

Uspostavljanje procedura za rad timova za palijativno zbrinjavanje prepostavka je uspešnosti usluge. Iako su svi članovi tima važni, saradnja psihologa sa medicinskim sestrama je neprocenjiva za potpunije saznavanje o stanju i ponašanju pacijenta. Saradnja sa lekarima je potrebna kako bi se znalo da li i kako propisana terapija utiče na opšte, pa samim tim i na psihološko stanje pacijenta, kao i zbog eventualne prognoze bolesti.

Crtica o komunikaciji u palijativnom zbrinjavanju

Ne postoji rutina bez komunikacije. Komunikacija u palijativnom zbrinjavanju nije laka iako je jedna od osnovnih veština. U komunikaciji između zdravstvenih radnika i pacijenata ili članova njihovih porodica ključan je dijalog, gde svaka osoba u tom dijalogu donosi sopstvene prepostavke,

očekivanja i način ponašanja koji utiče na njihovo tumačenje tog dijaloga, pa samim tim i na njegov ishod (Jovica Marković et al., 2015). Štaviše, u komunikaciji u kontekstu palijativnog zbrinjavanja često se radi o razmeni teških informacija i pokretanju teških i potresnih osećanja kod pacijenata i/ili članova porodica. Smrt uglavnom nije lako prihvatljiva tema, pa pacijenti i porodice mogu da brinu i da im bude teško da o ovome razgovaraju, a članovi tima za palijativno zbrinjavanje mogu se osećati nespremnim za ovu situaciju.

Kada je reč o komunikaciji kao delu rutine u palijativnom zbrinjavanju, psiholozi su na svom terenu. Komunikacija psihologa sa drugim članovima tima, komunikacija sa pacijentom i članovima porodice u domenu je rada psihologa koji može pomoći da se podstakne saradnju sa ciljem boljite za pacijenta. Dobra komunikacija preduslov je uspešne palijativne nege, a preduslov dobre komunikacije je utvrđivanje pravilnika o radu timova bez obzira da li su na primarnom, sekundarnom ili tercijarnom nivou zdravstvene zaštite.

Komunikacija koju sam u JPZ imao sa načelnicom Jočić, glavnom sestrom Seizović i sestrama i tehničarom, primer su dobre prakse. Od zajedničkog odlaska u vizitu i upućivanje u terapiju i stanje pacijenta do informisanja o stanju u porodici, uvek sam bio upoznat sa osnovnim informacijama od značaja za moj rad.

B. Terenski i rad u bolničkim uslovima

Tokom nekoliko godina terenskog rada bilo je situacija u kojima su se pacijenti lako sećali radosnih perioda u životu, kao što je V.J. (1940) koji je bez poteškoća uspeo da prizove nekadašnju radost. Bilo je i ogorčenih, kao što je L.M. (1963) koja je bolest doživljavala kao kaznu u kojoj je bila potpuno paralisana. Tokom 2013. i 2014. godine u Kraljevu sam realizovao projekte koje je donirao grad Kraljevo zahvaljujući čemu sam, uz podršku ZC „Studenica“, stekao iskustvo u radu na terenu, odnosno na primarnom nivou zdravstvene zaštite. Zahvaljujući tome formirali smo prvi Prošireni tim za palijativno zbrinjavanje u Srbiji². Realizacijom projekta „Psihološka podrška palijativnom zbrinjavanju“ kojeg je finansirala Fondacija ADRA Srbija tokom 2015. i 2016. godine, bio sam u prilici da steknem iskustvo rada u bolničkim uslovima. Rad je finansiran iz projekata zato što zdravstveni sistem nije imao novca za ovaku vrstu aktivnosti.

Početak realizacije dogodio se samo nekoliko dana nakon osnivanja Sekcije psihologa u palijativnom zbrinjavanju „Dragan Vukotić“ u Društvu psihologa Srbije, za šta sam mislio da je važan momenat za uvođenje psihologa u sistem palijativnog zbrinjavanja. Bez organizovanog delovanja psihologa i definisanja posla kojim se bave, kroz usvajanje kompetencija o radu, ne mislim da je moguće imati masovnije uključenje psihologa u ovu granu medicine, pa samim tim nije moguće zabeležiti boljšiak za pacijente kojima je palijativno zbrinjavanje potrebno.

U JPZ Specijalne bolnice za interne bolesti u Vrnjačkoj Banji, kojoj su gravitirali pacijenti iz tri opštine sreću sam se sa specifičnostima rada na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite. To je bilo moje prvo takvo profesionalno angažovanje. Umesto otvaranja hospisa, država je odlučila da je mudrije i jeftinije otvoriti odeljenja za palijativnu negu i zbrinjavanje, što je bilo ispravno. Nakon dve godine terenskog rada i značajnog broja pacijenata sa kojima sam radio, činilo se da sam bio spremjan da se suočim sa novim izazovima. Terenski rad ima nekoliko važnih prednosti u odnosu na rad u bolnici.

a. Crtica o prednostima terenskog rada

1. Bezbednost i podržanost

Jedna od najvažnijih psiholoških prednosti je to što se pacijenti uglavnom osećaju podržanim jer su na „svom terenu“, okruženi porodicom koja ih voli i podržava, u poznatom ambijantu. Ipak, sreću sam i one koji su bili grubi prema obolelima, neadekvatno ili nedovoljno brižni.

Teško je zaboraviti L.M. (1963) čiji suprug nije priznavao dijagnozu MS-a iako je mesecima bila prikovana za krevet, teško govorila i bila nemoćna da koordinira rad ruku ili da spreči kočenje tela. Bilo je mučno slušati ga kako je okrivljuje jer mu je „upropastila život“. Apsurdno ili ne, razumeo sam ga, razumeo sam strah koji ga je preplavljalao pred susretom sa jednim od lica života, čime ne želim da amnestiram njegove postupke.

Na sreću, mnogo više je pozitivnih iskustava u odnosu porodice prema pacijentu. Pomoć i podrška kretale su se od preporuka i sugestija za uspešnije lečenje, šetanja, kupovine pomagala i antidekubitalnih dušeka, do hranjenja i presvlačenja. Ne umanjujući značaj prethodnog, ipak mi se čini da je najvažnija pomoć obolelom bila u prisustvu za obolelog koji više nije mogao sam sebi da pomogne. Prisustvo je moralno da uvaži pacijentov identitet i potrebe.

² Pogledajte Prilog 1 na kraju teksta.

Nekada se dešavalo da su ukućani zasipali obolele pažnjom koja im nije bila potrebna i koja im je ličila na sažaljenje, kao kod gospođe D.M. Iako bolesna od karcinoma pluća, svakodnevno se sve više i više brinula za kćerku zbog kćerkine prevelike brige za nju. I tako su se vrtele u krugu ne puštajući jednu drugu, propuštajući priliku da se u miru oproste. Mogući razlog za nepuštanje je strah. Strah je jedna od osnovnih emocija i sasvim je sigurno da se ne može isključiti iz palijativnog zbrinjavanja. Kada strah poraste do nivoa paralize onda su svi u problemu, pacijent i član/članovi porodice. Nedostatak pažnje ili preterana pažnja članova porodice može biti uzrokovana strahom od nepoznatog.

Generalno govoreći, neadekvatna pažnja problem je palijativnog zbrinjavanja. Bračni par Ž. i M.P. u braku su proveli preko 50 godina, on je oboleo od hroničen opstruktivne bolesti pluća, a ona od karcinoma vagine. Osim jedno za drugo, M.P. bila je vezana za krevet a Ž.P. za bocu sa kiseonikom. Sinovi i snaje su ih snadbevali potrepština, ali sa njima nisu razgovarali.

Tokom terenskog rada pacijenti su uglavnom bili adekvatno zbrinuti u porodici. Nezavisno od kvaliteta brige rad je uvek bio prihvaćen, a pacijenti otvoreni za razgovor zato što su prethodno tražili psihološku podršku.

2. Usmerenost i fokusiranost

Druga olakšavajuća okolnost rada u kućnim uslovima odnosila se na usmerenost prema samo jednom pacijentu. U kućnim uslovima bio sam u prilici da, bez obzira na trenutno zdravstveno stanje pacijenta, budem potpuno na usluzi samo njemu ili njoj. Drugačije je bilo u susretu sa pacijentima u bolničkim uslovima što je u meni izazivalo zbumjenost i napetost, naročito ako je u sobi bilo više bolesnika u različitim fazama bolesti. Osim što se nisam osećao adekvatnim i sposobnim da radim sa grupom ležećih pacijenata koji nisu dobrovoljno pristali na rad, znajući da drugi pacijenti mogu drugačije shvatiti razgovor sa pojedincem, u početku nisam osećao empatiju. Ovo je samo podstaklo potrebu da nekoliko dana ulazim u ulogu koja ranije nije postojala, ulogu grupnog psihologa u bolničkim uslovima za uglavnom nepokretne pacijente.

3. Komunikacija

Treća olakšavajuća okolnost terenskog rada odnosila se na vrstu i način komunikacije sa pacijentom. Tokom perioda od dve godine povremenog rada u njihovim domovima nisam se sretao sa nekomunikabilnim pacijentima. U to vreme ne bih znao šta činiti i kako pomoći. Drugačije okolnosti čekale su me na odeljenju koje je, zbog pogrešnog razumevanja palijativnog zbrinjavanja na primarnom nivou zdravstvene zaštite i u narodu, u znatnoj meri pretvoreno u umiraonicu.

Na tri polja psiholozi u palijativnom zbrinjavanju biće u prilici da pokažu znanje i veštine komuniciranja. To su:

- patnja, centralni razlog angažovanja psihologa,
- briga, permanentni pratilac teških stanja, i
- dijagnoza pacijenta.

Patnja

U JPZ su uglavnom smeštani pacijenti u terminalnim fazama bolesti. Palijativna medicina i palijativno zbrinjavanje mnogo su više od zbrinjavanja u zadnjim fazama koje su opterećene

patnjom. Međutim, s obzirom na potrebu da ne patimo, što ne zavisi od zdravstvenog stanja, neću pogrešiti ako kažem da je na neki način čitav život veliko palijativno zbrinjavanje. Ma šta radili patnju je nemoguće isključiti, sa njom ćemo se sretati i raditi na njenom prevladavanju.

Patnja je temeljni koncept budizma (Stojanović, 1988). Buda je nakon prosvetljenja objasnio "četiri plemenite istine" čime želim istaći značaj patnje za razvoj ljudske misli. Dva i po milenijuma posle i dalje nismo našli efikasniji način oslobođenja od patnje od onoga opisanog u "osmostrukom plemenitom putu", a to su eliminacija vezanosti i žudnje (Rimpoče, 2009). Ovo potvrđuju palijativno zbrinjavanje i geštalt psihoterapija. Praktični rad potvrđuje da je „puštanje“ uslov prestanka patnje. Kada je teško oboleli vezan za događaj, epizodu življenja, za neku osobu, ambijent, stanje, ili život sam po sebi, nasilni i nevoljni prekid kontakta izazvaće patnju.

Pacijenti koji mogu verbalno da se izraze imaju mogućnost da, podržani pravilnom intervencijom psihologa, završe "nezavršene poslove" i sagledaju uzroke patnje odustajući od vezanosti. Ovo se retko dešava, u mom dosadašnjem iskustvu samo jednom.

Briga

Briga ne trpi rutinu, ona je uvek nova, u "sada i ovde". Članovi tima za palijativno zbrinjavanje i porodica često žele da zaštite pacijenta od istine o zdravstvenom stanju ukoliko se suočavaju sa neizlečivom bolešću i pretećom smrti. Nekada članovi tima brinu da ne utiču negativno na pacijentovu nadu u izlečenje time što će otvoreno, uz uvažavanje etičkih principa i na način prilagođen pacijentu, razgovarati o zdravstvenom stanju. Ma šta mislili, većina ljudi želi da zna istinu, bolje se bori protiv bolesti, želi dostojanstven život i umiranje. Nepotrebna briga može veoma da optereti. Umesto brinuti za pacijenta, važnije ga je čuti i razumeti. Kada se obavlja uz uvažavanje pacijenta, saosećajno i iskreno, otvorena komunikacija pojačava nadu i pomaže da pacijenti nađu snagu u suočavanju sa teškom situacijom. Bez otvorene komunikacije pacijent biva ostavljen sam sa sopstvenim brigama, strahovima i strepnjama, čime se njegova izolovanost i emocionalna patnja dodatno pojačavaju (Džon Ili et al., 2012).

Dijagnoza

Ukoliko bi doslovno primenili Zakon o pravima pacijenata, njegovo pravo je da zna dijagnozu. Ne samo što je sakrivanje istine moralno pogrešno, ono se suprotstavlja zakonu ukoliko pacijent želi da sazna istinu koja se od njega sakriva. Sem toga, pacijent svakako oseća da je bolestan i zna da situacija ne može da bude tako dobra. Sakrivanje istine može da dovede do emocionalnog odvajanja jer komunikacija nije iskrena i istinita, a to sve ima posledice po odnos u kojem se pacijent zbrinjava. Zahvaljujući tome kod pacijenta može da se podstakne osećaj da je u najvažnijoj dotadašnjoj borbi sasvim sam što će, uz podsticanje sumnje, straha i pitanja predstavljati lošu polaznu poziciju za lečenje (Ika Rončević-Gržeta et al., 2007).

U drugoj polovini septembra 2016. godine pozvala me telefonom S.B., kćerka obolele N.S. (1944). Upoznali smo se prethodne sedmice kada je njena majka primljena u JPZ.

„Da li smatrate da je bolje ukoliko majka zna dijagnozu? Brine me kako će reagovati.“

„Naravno da je bolje, između ostalog zato što je svesna da se njen zdravstveno stanje pogoršava“, odgovorio sam.

„Da, to je tačno, i danas je to komentarisala. Mada, ja sam sigurna da ona zna od čega je bolesna.“

„Utoliko vam je važnije da joj saopštite dijagnozu, pod uslovom da ona to želi.“

S.D. je obolela od karcinoma repa gušterače, bila je svesna da se njen zdravstveno stanje ubrzano pogoršava zbog čega je saopštavanje dijagnoze, na način koji je bio pun podrške i ljubavi, predstavljaо oslobođajući susret sa istinom. Umesto nepotrebne brige, mnogo je važnije slušati pacijenta kako bi se postupilo u njegovom interesu i po njegovoj volji, što uključuje mogućnost da pacijent ne želi da sazna od čega boluje.

b. Crtica o radu u bolničkim uslovima

U odnosu na terenski rad, iskustvo stečeno u bolničkim uslovima je sadržajnije, raznovrsnije, često je dinamičnije, ali je teže. Uobičajena bolnička soba je potpuno tiha, razgovori među pacijentima retko kada traju duže, ambijent je težak, opterećen je bolešću, neivesnošću, iščekivanjem, puno je smrti što ne odgovara praksi u drugim zemljama (Coulter A, Cleary P, 2001). U principu, pacijentima je jako dosadno pa je razgovor sa psihologom prihvaćen bez udubljivanja u to ko je i šta radi.

U pojedinim slučajevima do opuštanja bi dolazilo kroz, na primer, retrospektivu pacijentovih važnih životnih događaja. Bilo je i onih koji su izgovorili nešto što ih muči što ne bi mogli pred porodicom. Razgovarao sam i sa ljudima koji su govorili samo o detinjstvu i mladosti, slušao sam one koji su osećali krivicu, ali i one koji su doživljavali olakšanje izgovaranjem nečega što su godinama tajili, i tako dalje. Jedna od rečenica koja je nagoveštavala rasterećenje bila je:

“O ovome do sada nisam ni sa kim razgovarao/la” ili “Ovo do sada nisam nikome rekao-rekla.”

Čoveku današnjice, bio on bolestan ili ne, ništa nije važnije od toga da bude viđen i prihvaćen onakav kakav jeste. Ne kakav bi “trebalo” ili “morao” da bude, nego upravo onakav kakav jeste. Svi mi imamo neki svoj javni, porodični i tajni život.

„Javni život“ nosi lice koje želi da bude prihvaćeno, da pošalje poruku snage, uspeha, stabilnosti, mira i svih drugih pozitivnosti. Na tom licu nosimo masku.

„Porodično“ lice je istinito, svakodnevno, onakvo kakvo jeste u različitim situacijama a otkriva se najčešće u porodici.

„Tajno“ lice ostvaruje želje i žudnje koje su nedopustive, zabranjene, osuđujuće i to je ono što Jung zove „senka“ (Jung, 2003).

Svi imamo maske i senke kojih nismo svesni. U radu sa teško obolelima nekada brzo prođemo od „javnog“ do „tajnog“ lica.

Sredinom septembra 2016. u JPZ je primljena D.B. (1948) obolela od karcinoma bubrega. Nije mogla da jede, imala je bolove sa leve zadnje strane grudnog koša. Kosa joj je opadala, rekla mi je da će se ošišati do glave. Uvek je nosila naočare, bila je mršava, bez nekoliko zuba u gornjoj vilici, tanjih

usana, ispijenog i naboranog lica. U glasu je imala naredbodavni ton mada znatno blaži zbog bolesti. Razgovarali smo o njenom zdravlju i problemima koji su nastali.

Pričala mi je da ima dosta stoke koju će rasprodati zbog nemogućnosti rada, da ima dva sina koji su oženjeni, rekla mi je gde žive i šta rade a onda je, tiše nego do tada, kroz zube procedila:

„Nema deteta bez čerke.“

Zamolio sam je da objasni to što mi je rekla. Počela je priču o pažnji koju muška deca „drugačije pružaju roditeljima“, o neobilascima i nespretnostima muške dece i tome slično. U jednoj rečenici se pojavilo njen „porodično“ lice koje se brže-bolje vratilo u „javno“.

„Mene deca paze, obilaze me, ovaj sin što živi sa mnom po tri puta dnevno dolazi u posetu...“

Ipak, nešto se tu dešavalo zbog čega D.B. nije imala mir. S obzirom na to da sa pacijentom pričam samo o onome što pacijent hoće, bez zapitivanja sam slušao. Ako je vreme da mi kaže ono što je muči, reći će mi.

Trideset minuta kasnije u zajedničke prostorije na odeljenju došao je sin. Poznavao je medicinske sestre, pa je to bila prilika da ostane koji minut. Pokazao je hranu koju je doneo. Zbog majčinih učestalih mučnina pokušaće sa kašicama za bebe.

„Radim ono što mogu, brat je otisao da radi u inostranstvo, žena i ja živimo privatno...“

Njegova majka je rekla nešto drugačije, da žive zajedno. Tada se pojavilo „tajno“ lice iza kojeg je stajalo neslaganje sa snajom zbog kojeg nisu živeli pod istim krovom. U sledećem razgovoru istog dana pacijentkinju nisam ništa pitao o porodičnim odnosima. Pričali smo o zadovoljstvu životom.

„Joooooj dete moje, kakvo zadovoljstvo? Pa ja sam samo radila, radila i radila. Taman završiš kukuruz ide oranje, završiš sa ovcama dolaze kokoške, završiš sa baštom eto ti žetve i stalno u krug.“

Susret sa različitim „licima“ pacijenata bio mi je koristan za rad. Kada bih bio prihvaćen pojavljivalo se „porodično“. Često se to lice pojavljivalo sa suzama pacijenta. Ako bi se to dogodilo, podsticao sam pacijente da plaču „jer i sistem parnog grejanja ima svoj sigurnosni ventil“. Nekada se pojavljivalo i „tajno“ lice koje je prepoznato u rečenici „ovo do sada nisam pričao/la“.

Ovo su važne sitnice u radu psihologa kako bi komunikabilni pacijent došao do onoga što zovemo „psihički mir“. Nažalost, dosta pacijenata nije bilo komunikabilno zbog čega se javila potreba za drugačijim radom. O tome nisam znao gotovo ništa a ustručavao sam se da izadem iz okvira klasične psihologije i psihoterapije. Šarlatanstvo je u ovoj oblasti česta pojava i kod zdravstvenih radnika, tako da bi nas koji nismo oberučeni od strane zdravstvenog sistema, posebno ako nemamo titulu i političku pozadinu, lako mogli da etiketiraju ukoliko bismo uveli neki drugi sadržaj u radu sa pacijentima. Međutim, praksa pokazuje da psihologiji treba proširenje znanja kako bi bila funkcionalna u ovoj oblasti. Tokom dugog i raznovrsnog formalnog obrazovanja nisam čuo ni reč o neverbalnoj komunikaciji koja ne bi bila shvatana isključivo kroz „govor tela“.

Neverbalna komunikacija

Mesec dana nakon početka rada stajao sam u hodniku JPZ sa jasno definisanim pitanjem: kako zaista mogu da pomognem pacijentima? Ovo pitanje nije mi izlazilo iz glave. U prvim susretima mislio

sam da „sve mogu” jer se nisam udubljivao u sopstveni osećaj, a već nakon četiri susreta osetio sam se slabim i nemoćnim da se nađem na usluzi ljudima koji tu provode vreme do izlaska: neki iz života, drugi sa odeljenja. Bilo je sasvim jasno da nije dovoljno biti “master palijativne medicine” niti revnosni psiholog koji donekle poznaje psihičke procese. Nije dovoljno “hteti”. Pre ili kasnije postaviće se pitanje načina i dometa, kao i lične valorizacije onoga što je učinjeno.

Tog dana bilo je petoro pacijenata u JPZ. E.R. (1935) nije bio svestan, bio je u soporu izazvanom metastazama praćenih respiratornom infekcijom. L.S. (1948) je bio svestan, mada veoma usporen, ali nije mogao da govori, imao je usporene motorne funkcije i kao da se polako oporavlja od operacije na čeonom režnju, uz karcinom prostate koji kao da je mirovao. Njegove oči u potpunosti su odudarale od stanja tela, bile su žive i govorile su o nadi u izlečenje. S.S. (1947) smešten je u JPZ nakon teške saobraćajne nesreće. Ni on nije govorio. Kao i L.S., imao je traheo-stomu i dekubite po kukovima i nogama. Dva pacijenta koji čuju, ali ne govore, jedan koji je u nesvesnom stanju. Tri pacijenta koji ne mogu da odgovore, od toga dvojica ni na pitanje čiji odgovor je složeniji od “da” ili “ne”. Tri žive duše zbog kojih sam tu. I šta sada? Gde se stiče znanje koje će mi pomoći u ovakvoj situaciji? Na poslediplomskom, kamoli na dodiplomskim studijima, ne uče se ni mnogo jednostavniji odgovori i način rada u jednostavnijim situacijama, naročito ne rad sa nekomunikabilnim pacijentima. Ono što je izvesno je da neverbalna komunikacija u palijativnom zbrinjavanju ima mnogo šire značenje od onoga što se sreće u drugim situacijama. Neverbalnu komunikaciju čine dodiri. Vratiću se kasnije na ono što sam sa ovim pacijentima radio, a što mi je pomoglo da se usudim i rizikujem etiketu „šarlatanstva”.

S.E. (1951) obolela je od karcinoma dojke koji je metastazirao na kičmi i nekim unutrašnjim organima. Početkom juna 2016. godine razgovarali smo oko jednog sata. Pričala mi je smireno. Na licu joj je bio blagi, setni osmeh kao odraz života koji je obeležavao samoću i nedostatak ljubavi. Bila je spremaćica. Udalala se, ali je brak bio opterećen ljubomorom i nasiljem. Razvela se par godina kasnije. Nije imala dece, brinula se o sebi, a sa usložnjavanjem zdravstvenog stanja brigu preuzima sestra. S.E. je bila veoma blaga, ali je iza te blagosti opstajao borac zahvaljujući kojem je uspevala da preživi. I taman kada je prestao razlog za borbu, kada je otisla u penziju i rešila stambeno pitanje, tada je došla bolest.

Narednog petka S.E. gotovo uopšte nije govorila. Zatvorenih očiju kao da je čekala odlazak. Lice je namestila u blagi osmeh, naočare su joj bile na vrhu nosa. Prišao sam joj, pogledala me je prilično oštro u odnosu na način gledanja prethodne sedmice. Bilo mi je jasno da nije dobro, da se pojавio strah i da je proboj bola čest. Medicinske sestre su to kasnije potvrdile. Doktorka Jočić korigovala je terapiju ali bol koji je S.E. osećala u kičmi bilo je teško obuzdati. Rekla je svega par rečenica, da joj je muka, da je bezvoljna i da oseća veliku slabost. Govorila je poluotvorenih očiju posle čega ih je ponovo zatvorila kao da je htela da mi kaže da danas u njoj neću imati sagovornika. Ostao sam pored nje iako nisam znao šta bih mogao da uradim. Stajao sam neko vreme u tišini. Nežno sam je pomilovao po gornjem delu šake a zatim i po kosi. Pojavio se osmeh. Oči nije otvorila. Kao da joj je prijalo. Nastavio sam nežno da je milujem po čelu i kosi bez reči. Ponavljao sam iste pokrete nekoliko puta. Otvorila je oči i kratko rekla: “Hvala ti.” Bio je to znak da joj je prijalo, ali da treba da završim. Glavu je okrenula na stranu i kao da se spremala da zaspne. Povukao sam se kratkim pozdravom gledajući lice na kojem je ostao osmeh. Ovo je bio jedan od brojnih primera u kojem je dodir imao značajniju ulogu od reči.

U nekim drugim slučajevima dodir je bio jedini oblik podrške koju sam mogao da pružim pacijentu. Svaki odlazak i ostanak u nesvesnom predstavlja odgovor psihe na snagu onoga pred čim se sklanja. Isključivo medicinska objašnjenja nisu dovoljna jer različiti pacijenti drugačije reaguju na isti fiziološki status. Beg psihe u nesvesno zbog straha od onoga što predstoji daje psihologu mogućnost da direktno govori pacijentu o smrti i izboru koji mu стоји na raspolaganju. Promena svesti (kvantitativna ili kvantitativna) sama po sebi nije boljitet, već predstavlja odlaganje neodložnog zbog straha od umiranja. Zato sam u radu sa teško bolesnim nesvesnim pacijentima koristio kombinaciju neverbalne i monološke komunikacije.

Monološka komunikacija

Za razliku od terenskog rada u kojem sam se sretao samo sa pacijentima koji su mogli da komuniciraju, u JPZ sam često bio u prilici da radim sa pacijentima koji nisu mogli da govore i sa pacijentima koji nisu bili pri svesti. Osim dodira, u praksi sam video značaj monološke komunikacije. U oktobru 2015. godine na potencijalni značaj monologa naveo me je pacijent M. P. (1919).

Pacijent M. P. bio je u predkomatoznom stanju. Teško je disao, promene na koži bile su vidljive. Stajao sam pred njim kao da sam očekivao da se nešto desi. Gledao sam lice na kojem su dominirala širom otvorena usta kroz koja je udisao velike, pa onda sve manje količine vazduha, dok nakon dvadesetinu sekundi nije ponovio čitav proces. Bili smo sami u sobi. Na njegovom licu nije bilo drugih promena osim onih izazvanih udisajem ili izdisajem. Posle nekog vremena uhvatio sam ga za šaku. Ovaj visoki, krupni starac imao je koščate ruke. Kao da je preko skeleta presvučena koža. Samo hvatanje za ruku nije izazivalo promenu ritma disanja niti bilo kakvu facialnu ekspresiju. Pre nego što sam mu šaku obavio dlanovima pomilovao sam ga po čelu. Ovo kao da je izazvalo refleksni pokret lica koje se zgrčilo. Spazam je trajao delić sekunde. Rukama sam grejao njegov levi dlan a na licu mu se u nepravilnim razmacima pojavljivao grč, grimasa ili drugi pokret čitave glave. Osim što sam konstatovao kvantitativni poremećaj svesti uzrokovan bolešu, nisam znao šta se u njemu dešava, da li sanja, da li je usred neke noćne more, da li reaguje na dodir pa psiha, kao da je "tik ispod" tela zahvaljujući čemu uspe da se probije u pokret. Nisam mogao da ocenim da li je dodir izazivao prijatnu ili neprijatnu senzaciju. Bez obzira na nepostojanje svesti, predstavio sam mu se. Tihim glasom sam rekao da sam psiholog i da radim svakog petka u JPZ, da mi je drago što sam ga upoznao i da verujem kako je u njegov gotovo stogodišnji život stalo obilje iskustava. Govorio sam sa kratkim pauzama gledajući čas u ruku koju sam i dalje grejao, čas u lice.

Teško je opisati pokret lica koje kao da se umirilo da bi se fokusiralo na glas. M.P. i dalje nije bio svestan, ali kao da se dogodila kvalitativna promena. Nastavio sam da govorim prebacujući fokus na činjenicu o nepostojanju telesnog bola bez obzira na težinu njegove bolesti, što mu daje priliku da mirnije zaokruži život i u miru ode. Karakteristično disanje koje se dešavalo u amplitudama od oko 20 sekundi nije se promenilo zbog čega sam posumnjao da se bilo šta uistinu dešava i da je sve samo stvar moje fikcije. Ipak, nastavio sam da pričam o duševnom miru, zaokruživanju života praštanjem onima kojima ima šta da se oprosti i zahvaljivanjem svim značajnim osobama iz prošlosti. Monolog je potrajan par minuta.

Korisno je u radu sa teško obolelim pacijentima naglasiti značaj vraćanja u "sada i ovde". To predstavlja pokušaj da se osveste i integrišu drugi događaji i doživljaji a ne samo bolest, kako bi se postigao psihološki balans. Nekada to nije moguće učiniti. Naročito je teško verbalno podržati osobu koja nije svesna, a da se pri tome reči ne pretvore u prazni sadržaj bez doživljaja od strane onoga ko

ih izgovara. Ako to budu samo prazne reči, onda je bolje čutati. Ako nisam u stanju da se nesvesnom pacijentu obraćam kao da je svestan, tada je bolje da ne govorim.

Nastavak ritmičnog disanja M.P. različitog intenziteta protumačio sam kao snagu nagona samoodržanja koji se bori između "otići", kada uspori i plitko diše, i "ostati", kada diše intenzivno, punim plućima. Ova slobodna asocijacija odgovara sukobima emotivnog i racionalnog, svesnog i nesvesnog, zadovoljnog i nezadovoljnog i tome slično. Zato sam u nastavku, govoreći mu o miru i balansu, želeo da progovorim o smrti kao o delu života koji je neminovan. Držao sam se onoga u šta verujem, a to je da smrt sama po sebi nije problem, ona predstavlja grandiozno doživljeni prelazak ka nečemu što se za sada ne može empirijski dokazati, ali da je umiranje potencijalno i te kakav problem. Sve odlazi kada mu je vreme, ali je pitanje šta će ono, onaj, ona koji odlazi učiniti u tom vremenu. Takođe, verujem da postoji analogija tunela i svetlosti na njegovom kraju (Moody, 1989), o čemu govore neki od pacijenata koji su bili u komi, sa tunelom i svetlošću koju beba vidi kada se rađa.

Nakon desetinu minuta M.P. nas je napustio odlazeći u miru koji je na njegovom licu bio očigledan. Na kraju našeg kratkog "druženja", pre nego što su zdravstveni radnici obavili svoj deo posla nakon eksitacije, rekao sam mu da je svetlo početak i kraj našeg života: prvo svetlo je ono koje vidimo kada izlazimo iz majčine utrobe, a drugo ono ka nekom drugom svetu. Psihološka uloga u okviru palijativne medicine ne sme da se zasniva na spekulativnim metodama i sumnjivim izvorima. Pominjanje ovog "drugog svetla" nije u funkciji davanja lažnih nada s obzirom da je M.P. već preminuo, niti je dobro uplitati nenaučne izvore, ali je takođe činjenica da palijativna medicina smrt vidi kao kraj života u bio-psihosocijalnom kontekstu, ne baveći se onim što se nakon dissolucije bića dešava.

Nisi sam

Osećaj samoće, odnosno nepostojanje komunikacije teško obolelih pacijenata smeštenih u JPZ veoma je učestao. Umesto da svoje poslednje dane provedu u krugu porodice, pojedini pacijenti su ih provodili u samoći bolničke postelje u gotovo potpunoj tišini. Ne verujem da će bolnički uslovi zadugo biti promenjeni kada je reč o audio-vizuelnim uređajima koji su u funkciji uklanjanja bolničke monotonije, zbog čega uloga psihologa dodatno dobija na značaju.

Ranije sam pomenuo L.S. (1948) sa kojim sam se sreo krajem oktobra 2015. To je onaj pacijent čije oči su pokazivale živost i nadu mnogo drugačije od stanja u kojem se nalazilo telo. Operisao je čeoni režanj, nije govorio, imao traheostomu, dekubit koji ga je boleo, sekret u plućima i mirujući karcinom prostate. Njegovi dlanovi bili su grubi, radnički, ispucali. Kada su prijatelji došli u posetu pokušavali su da ga oraspolože tako što su mu pričali o tome kako će „ponovo da peče rakiju” na šta je L.S. odgovorio laganim zatvaranjem i otvaranjem očiju. Kao da je htelo da kaže da to nije važno. Ipak, važno je bilo to što su njih dvojica došli u posetu. Stajao sam gledajući ih kako komentarišu njegovo zdravstveno stanje. Diskretno sam ih upozorio da pacijent čuje njihov razgovor, iako ne govorи, a da bi bilo bolje sa njim da prokomentarišu ono što misle. Sledeća sugestija ticala se jačine glasa jer sam primetio da, kada pacijent ne govorи, osoba koja mu se obraća obično priča glasnije.

Dok su prijatelji odlazili L.S. ih je pratio pogledom lagano okrećući glavu ka vratima sobe. Nikakvih drugih pokreta nije bilo, ali sam na licu video da mu je bilo veoma drago što su došli. Polako je pogled vratio ka meni. Prišao sam mu, držao za dlan, gledao ga u oči nakon čega sam komentarisao kako je divno imati prijatelje koji ga obilaze u bolnici. Ako je i Hristos o tome govorio navodeći to kao

karakteristiku „svojih ovaca” („bolestan bijah, i obiđoste me” Matej 25, 36), onda je značaj pažnje u uslovima nemoći pacijenata višestruko naglašen.

L.S. i ja smo proveli u kontaktu oko deset minuta. Dodirivao sam mu ranu na čelu i kosu potiljka ne puštajući njegov dlan. Govorio sam mu o tome kako nije sam, iako nije imao nikoga od bliže porodice ko bi se o njemu brinuo niti ga posećivao. Verujem da niko nije „zaslužio” da umire sam i da je u samoći velika patnja, posebno u nemoći, i to sam mu rekao. Sestra Dobrila Bojković priključila mu je infuziju nakon čega sam mu pustio ruku i krenuo iz sobe uz pozdrav „do sledećeg susreta”. Tada se desilo nešto neobično: L.S. je skupio snagu i podigao levu ruku u znak pozdrava. Zastao sam. Bio sam vidno iznenađen i uzbuden. Iako je ruka bila slobodna i sposobna da se pomeri, znao sam koliko mu je to bilo naporno. Iz nekog razloga osetio je potrebu da me pozdravi na taj način što sam doživeo kao najviši mogući oblik prihvatanja.

L.S. nas je napustio nekoliko dana kasnije, ali je ostalo sećanje na njega, na onu podignutu ruku koja je reagovala na autentičnost bića i iskrenu poruku da nije sam!

C. Rutina u radu psihologa sa pacijentom

Ne treba trošiti reči na objašnjavanje kako je svaki pacijent specifičan. Zato ne treba trošiti reči ni na opis specifičnosti rada sa svakim pacijentom. Kao što su pahuljice slične, tako će i u pristupu pojedinim ljudima, u zavisnosti od starosti, stanja tela i psihe, obrazovanja, energije i tome slično, postojati sličnosti. Međutim, razlike su ono što svaku intervenciju čini važnom i uspešnom. Kao što bi bilo nefunkcionalno opisivati svaku pahuljicu, tako je nemoguće opisati specifičnosti rada od pacijenta do pacijenta. Čak i sa istim pacijentom u različito doba dana biće promena u pristupu i intervenciji.

Pacijentova bolest ima dvostruki značaj za psihologa i njegov rad. Intervencija će biti drugačija ukoliko bolest direktno utiče na svest i ukoliko je progresivna. Za rad sa pacijentom, onim koji je svestan sebe i svoje okoline, neophodna su dva osnovna faktora: njegova budnost i adekvatni mentalni sadržaj svesti. Poremećaj svesti je najširiji pojam koji obuhvata sve kvalitativne i kvantitativne promene stanja svesti (Kaličanin, 2002). Sa medicinskog stanovišta, gubitak normalne budnosti je najvažniji i najdramatičniji aspekt poremećaja stanja svesti (Nenadović, 2004). Psihologu će biti korisno da poznaje detalje kvantitativnog i kvalitativnog poremećaja svesti koji će u ovom tekstu biti u najkraćem opisani.

Crtica o kvantitativnom poremećaju svesti

Kvantitativni poremećaj podrazumeva opšte smanjenje nivoa funkcionalnosti svesti ili njen potpuni prestanak. Za psihologa u palijativnom zbrinjavanju važno je da prepozna ova stanja izazvana bolešću kako bi rad prilagodio potrebama i mogućnostima pacijenta. U zavisnosti od stepena umanjenja nivoa funkcionisanja svesti kvantitativne poremećaje delimo na:

- omamljenost,
- somnolenciju,
- sopor,
- prekomu i
- komu. (Nenadović, 2004)

Važno je da psiholozi angažovani u palijativnom zbrinjavanju prepoznaju navedene poremećaje koji se sreću u svakodnevnoj praksi.

Omamljenost je najčešći i najlakši oblik kvantitativno izmenjene svesti. Manifestuje se tako što pacijent ne pokazuje interesovanje za zbivanja u okolini kao što to čini pri punoj svesti. Pacijentovo interesovanje za dešavanja je znatno suženo, gotovo da ne govori bez postavljanja konkretnog pitanja, a odgovori su ili bezvoljni i usporeni, ili su sa zadrškom i bez zainteresovanosti za predmet razgovora.

Sumnolencija je teži stepen poremećaja budnosti. Somnolentni pacijent će izgledati kao da spava ali je reč o snu iz kojeg se lako budi i lako u njega uranja. Pacijentova sposobnost orientacije je očuvana iako nema aktivne pažnje. Kada je reč o interesovanjima, pacijent je inertan i deluje apatično. Opažanje je nepotpuno, shvatanje otežano, očni kapci su zatvoreni, lice opušteno, pospano. Osim pomenutog, psiholog treba da zna da somnolentni pacijent odgovara sa naporom na postavljena pitanja. Motorika je usporena zbog čega na primer pomeranje udova i druge

jednostavne radnje teku sporo i traju dugo, a pacijent može posle takvog pokreta trenutno da zaspe. Druge psihičke funkcije su takođe ozbiljno potisnute.

Kod pacijenta sa soprom funkcija svesti je značajno redukovana. Buđenje je moguće tek uz primenu jakih podražaja nakon čijeg prestanka se pacijent vraća u san. Ne postoji orientacija u vremenu i prostoru. Pacijent na pitanje psihologa odgovara neverbalno: mimikom ili gestovima, veoma retko rečima. Aktivnost svih mentalnih funkcija je minimalna, amnezija može biti potpuna.

Karakteristika predkome je to što se pacijent ne odaziva na glasan poziv, a refleksno reaguje na ubod ili štipanje. Stanje predkome može preći u komu koja je najteži oblik kvantitativnog poremećaja svesti. Tada pacijent neće reagovati na bolne draži, a psiholozi u palijativnom zbrinjavanju će se sa ovakvim stanjima sretati znatno ređe u poređenju sa prva tri pomenuta koji su najčešće posledica bolesti, naročito karcinoma i meta-promena na mozgu.

Crtica o kvalitativnim poremećajima svesti

Kvalitativni poremećaji svesti predstavljaju oštećenja svesti u budnom stanju. Oni objedinjuju čitav niz simptoma, od pomućenja do dezintegracije svesnog „ja“. Osim u uslovima dezintegracije, svest je prisutna, ali je neadekvatna, što prouzrokuje neuobičajeno ponašanje.

Među kvalitativnim poremećajima svesti najčešće se pominju:

- konfuzno stanje ili dezorientacija (alopsihička i autopsihička),
- delirijum,
- amentni sindrom,
- sužena svest i
- sumračno stanje. (Nenadović, 2004)

Konfuzno stanje ili dezorientacija predstavlja osnovni oblik kvalitativnog poremećaja svesti kojeg karakteriše nesposobnost pacijenta da se ispravno orijentiše u odnosu na sebe i/ili u odnosu na okruženje, kao i u vremenu i prostoru. Poremećaj orijentacije ima svoje kvantitativne i kvalitativne poremećaje među kojima se po značaju izdvajaju disocijacija ličnosti, višestruka ličnost i depersonalizacija. Psiholog koji radi u palijativnom zbrinjavanju sreće se često sa dezorientacijom (od saopšavanja dijagnoze do terminalne faze bolesti).

Ne tako čest, ali prisutan poremećaj svesti pacijenata u palijativnom zbrinjavanju je delirijum. To je specifično pomućenje svesti koje je izazvano dejstvom toksina na mozak. Obično je praćen čulnim obmanama, iluzijama i halucinacijama, strahom, psihomotornim nemirom i tome slično. Sa pacijentom M.S. (1934) sredinom februara 2015. godine pravio sam „branu od kamena“ ispod kreveta kako „voda ne bi prolazila“. Higijeničarka je pokupila „ostatak vode“ nakon čega se pacijent umirio. Da li su čulne obmane izazvane morfijumskim preparatima ili je reč o promenama na mozgu, ne mogu sa sigurnošću da odgovorim.

Amentni sindrom karakteriše ispravno prepoznavanje pojedinosti, dok se sposobnost njihovog međusobnog povezivanja u celinu izostaje. Pacijent je u stanju da ispravno opaža predmete i pojedinačne pojave oko sebe ali ne može da ih poveže u celinu i utvrdi uzročno-posledični odnos. Zbog neadekvatnog doživljavanja okruženja, pratećih autopsihičkih i alopsihičkih smetnji, kao i

smetnji funkcije mišljenja, osoba izgleda zbumjeno, uplašeno, prati je nemir i psihomotorna uzbuđenost.

Sužena svest kao klinički fenomen nastaje naglo u vidu krize, kratko traje i naglo prestaje. Pacijent se ne seća svog ponašanja niti dešavanja za vreme trajanja suženja svesti. Iako se retko sreće kod pacijenata u palijativnom zbrinjavanju, imao sam iskustvo sa pacijentom sa histeričnim suženjem svesti. Pacijent S.M. pokidao je venecijanere u sobi čega se nije sećao.

Sumračno stanje predstavlja sindrom koji je praćen čulnim obmanama. Pacijent u sumračnom stanju po pravilu trpi intenzivan strah izazvan zastrašujućim halucinacijama koje mogu porasti do užasa. U odbrani pacijent može nauditi nekome iz sredine. Zbog suženja svesti pacijent nije u stanju da sagleda svoju ličnost, osobe u svom okruženju, prostor u kome se nalazi, kao i postupke u vremenu trajanja poremećaja. Stanje naglo nastaje i prestaje, najčešće traje nekoliko minuta, ređe traje danima, a izuzetno retko mesecima. Pored dezorientacije, stanje karakteriše amnezija (Nenadović, 2004). Unutrašnja povezanost psihičkih funkcija je očuvana i veća je nego kod delirijuma. U proteklih nekoliko godina rada sa teško obolelim osobama nisam imao ovo iskustvo.

Pomenuti kvalitativni poremećaji svesti predstavljaće izazov za rad psihologa u palijativnom zbrinjavanju mada su, osim konfuzije, ređi u poređenju sa kvantitativnim poremećajem svesti.

U Prilogu 2 na kraju teksta nalazi se okvirna podela načina rada psihologa u odnosu na stanje svesti i verbalne sposobnosti pacijenata od čega će zavisiti vrsta i obim intervencije psihologa u palijativnom zbrinjavanju.

* * *

U radu svakog člana i tima kao celine, treba biti oprezan sa rutinom. Osim što može biti pokazatelj sindroma sagorevanja, važnije je to što je rutinski rad u palijativnom zbrinjavanju uglavnom beskoristan za pacijenta.

2. Radost, "sada i ovde" i konačnost

Pitanja koja bi svaki pomagač u palijativnom zbrinjavanju, naročito psiholog morao da razreši pre nego što se upusti u ovu oblast su: da li sam svestan sopstvene konačnosti i da li sam radostan u "sada i ovde"? Drugim rečima, da li u "Memento Mori" ima mesta za radost? Bez svesti o konačnosti nema promene, a bez promene nema napretka. Svaki pravi napredak vodi ka miru u kojem prebiva radost postojanja. Hristos je, neposredno pred hapšenje, mučenje i smrt, učenicima rekao:

"Mir vam ostavljam, mir svoj dajem vam; ne dajem vam ga kao što svet daje, da se ne plaši srce vaše i da se ne boji." (Jovan 14,27)

Mir je stanje iznad rutine i promene, ne zavisi od hladnoće, bogatstva, zvanja ili gladi. Mir je dar koji svakome stoji na raspolaganju.

Pre nekoliko godina, kada još nisam imao iskustva u radu sa teško obolelima, saznao sam da je dvadesetsedmogodišnja Lj.K. obolela od karcinoma. Bila je vesela, visoka devojka topnih očiju, okruglastog lica, vrcavog a distkretnog smisla za humor. Mršava, mekane kose, sa smejalicama na obrazima. Studirala je u Nišu, a upoznali smo se u crkvi. Kada sam čuo da je obolela bio sam ubeđen da će pobediti bolest jer je bila vedra i opuštena, a pre svega mlada i puna života.

Međutim, bolest je uzimala maha. Dok mi je govorila gde oseća bolove kao da je pričala o nekom drugom. Ništa joj nije skidalо blaženi izraz lica: ni bolovi koje je najčešće noću osećala, ni opadanje kose zbog hemoterapije, ni svest o skorom kraju nakon što su rezultati kontrole bili loši. Mlada ali potpuno mirna i spremna. Posle susreta u crkvi pitao sam je da li joj je potrebna bilo kakva pomoć. Biranim i ubedljivim rečima odbila me je rekavši:

"Zaista nema potrebe, hvala ti. Danju me ne boli, noću nekada, ali tu mi ne možeš pomoći. Pevam pesme Hristu i znam da će biti sa Njim, ne bojim se. Sve je u redu." Zvučalo je kao da ona mene hrabri.

Noć pred odlazak javio se strah, na trenutke je bila pomućene svesti, ali kada je bila svesna pevala je 23. psalam³ koji je svaki dan ponavljala ko zna koliko puta zovući svog Isusa da joj pomogne i dâ joj mir. I to se desilo, bila je mirna kada nas je napustila.

Ova divna devojka inspirisala me je da napišem koju reč o radosti, jer se radovala svakom trenutku života, o životu u "sada i ovde", jer je tako živila, i o konačnosti koje je bila svesna. Lj.K. je do sada najmlađa i u isto vreme najspremnia osoba sa kojom sam razgovarao. Svakako da je uzrok tome u njenoj mladosti, ali i u psalmima, odnosno veri.

"Kadabih opet, znaobih kako bih!"

Ono što je "jače od mene" živi u nesvesnom, ima svoju dinamiku, jezik i načine ispoljavanja. Svest prepoznaje delove tih principa nazivajući ih "mehanizmima" ili "skriptovima". Emocije su stanovnici nesvesnog dela psihe među kojima je i radost. Radost je osnovna emocija, a radovanje urođeni

³ Pogledaj Prilog 3 na kraju teksta.

odgovor ili manifestacija radosti koja može da se nauči. Uči se sticanjem iskustva, između ostalog nakon perioda krize i doživljene napetosti (Jeknić P., 2010).

Nekada je potrebno nešto izgubiti da bismo prepoznali njegovu vrednost. Izgubimo novčanik, izgubimo sat ili kišobran i ne osećamo se dobro zbog gubitka. Što izgubljeno više vredi to je osećanje teže. A vreme? Kako vrednujemo vreme i kako se osećamo kada postanemo svesni izgubljenog vremena? To jako bolji, ali samo onoga ko je spoznao vrednost vremena! Ko to bolje zna od bolesnih i starih ili osoba koje su preživele po život opasnu traumu.

O vremenu

Priča o vremenu i smrti vraća nas na početak, do Edenskog vrta. U njemu je bilo zasađeno različito „rastinje“ čiji plodovi su bili „dobri za jelo“. Dva „drveta“ bila su zabranjena, „drvo poznanja dobra i zla“ i „drvo života“. Iako je Bog rekao Adamu, dok još žena nije stvorena:

„Sa svakog drveta u vrtu slobodno jedi dok se ne nasitiš. Ali sa drveta spoznaje dobra i zla ne smeš jesti, jer onog dana kada budeš jeo s njega, sigurno ćeš umreti.“ (Postanak 2,16.17.)

Adamove emocije ni jednom rečju nisu opisivane od stvaranja do fatalnog „obroka“. Bog je stvorio ženu koja tada nije imala ime. Jednom, kada je hodala vrtom, srela je zmiju, „najmudriju među svim divljim životinjama koje je Gospod Bog načinio“. Zmija se raspitivala o zabrani upotrebe plodova sa „drveta spoznaje dobra i zla“. Zašto nije pitala za zabranu korišćenja „ploda“ sa drveta života? Nakon što je žena ponovila Božju izjavu: „Ne jedite ga i ne dirajte ga da ne umrete.“ (Postanak 3,3), zmija je rekla:

„Ne, sigurno nećete umreti. Jer Bog zna da će vam se onog dana kada ga budete jeli otvoriti oči i da ćete postati kao bogovi, i znaćete šta je dobro a šta zlo.“ (Postanak 3,4.5)

A onda je žena probala i dala svom mužu Adamu da okusi „plod“ sa „drveta“ poznanja dobra i zla. Ove pojmove stavljaju u navodnike zato što predstavljaju simbole nečega što možda ne razumemo.

Šta se onda desilo? Da li su umrli, kao što je Bog rekao, ili nisu umrli a oči su im se otvorile, kao što je rekla zmija? Ko je pogrešio? Ili, bolje reći, ko je tu rekao poluistinu?

Kod većine sa kojom sam o ovome razgovarao pojavila se potreba da zaštite Boga. Činjenica je da nisu umrli, ali kako reći da je Bog slagao? A da li je to tačno, da li je istina da je Bog slagao? Jeste ukoliko gledamo iz svog iskustva, iz materijalistički orijentisanog mozga. Međutim, tada se zaista desila prva smrt, Adam i žena zaista su umrli.

Naime, tekst dalje kaže:

„Tada im se otvoriše oči i shvatili su da su goli.“ (Postanak 3,7)

Važniji izveštaj koji opisuje nastanak čoveka kakvog znamo gotovo da ne postoji u svetim knjigama. Toliko je dubok i važan da bi se o njemu mogla napisati obimna studija. Izveštaj zapravo govori o smrti Adama i žene kakvi su pre toga postojali, kao i o rađanju drugačijih ljudi. Ne spekulijući o tome kako su razmišljali pre nego što su spoznali dobro i зло, iz izveštaja znamo da su im se „otvorile oči“ kojima su „videli da su goli“. Drugim rečima, tada su probuđeni svest i čula jer su

„shvatili da su goli”. Prvi put su VIDELI da su goli a zbog stida, prve kompleksne emocije koja se pojavila, spleli su smokvino lišće i napravili sebi „pokrivala za bedra”.

Zapis dalje kaže da su se Adam i žena sakrili od Boga. „Čuo sam tvoj glas u vrtu ali sam se uplašio jer sam go pa sam se zato sakrio”, rekao je Adam.

Strah je druga opisana emocija nakon scene sa zmijom. Osim probuđenih čula i svesti, nastanak nesvesnog je posledica poznavanja dobra i zla. Kao da je u nesvesno ušlo sve ono što je postojalo kod prvobitnog čoveka. Rađanje nove uloge krunisano je Adamovim i ženinim izbacivanjem iz Edenskog vrta kojem više nisu pripadali.

„Evo, čovek je postao kao jedan od nas u poznavanju dobra i zla. A sada, da ne bi ispružio svoju ruku pa i sa drveta života uezl plod, pojeo ga i živeo večno...”

Citat se ovde prekida i nastavlja objašnjenjem: „Tada ga je Gospod Bog isterao iz Edenskog vrta da obrađuje zemlju od koje je uzet”, a pored drveta života postavljeni su heruvimi da ga čuvaju „plamenim mačem”.

Prva smrt, našoj svesti nepoznata, pa samim tim iracionalna, bila je trenutak duhovnog pada i čulne prevlasti. Nešto kasnije, kada je Kain ubio Avelja dogodila se prva nama poznata smrt.

Ispod dešavanja u ovoj važnoj i dubokoj priči odvijala se prava drama u čijoj glavnoj ulozi je vreme. Odjednom Adam i žena postaju vremenski ograničena bića, vreme postaje resurs a beskonačnost nedostizna. Drvo života je sklonjeno, a sledeći put u Bibliji pojaviće se u poslednjoj knjizi, u Otkrivenju (22,2) kada je navedeno da je: „lišće tog drveta bilo za lečenje naroda”.

Večnost povezuje prvu i zadnju knjigu Svetog pisma. Između prednje i zadnje korice napisana je istorija civilizacije kojoj vreme postaje nepremostiva prepreka. Ljudski rod bavio se pokušajima dostizanja večnosti kroz magiju, obrede i rituale, a izgleda kao da je pravi put u poimanju, pomirenju i nadrastanju ličnog dobra i zla. To je ono što стоји čoveku na putu ka večnosti. Život je jedino vreme u kojem se to može uraditi. Zato bi vredelo paziti na vreme i setiti se da smo smrtni. Memento Mori!

U praksi, izgubljeno vreme ili propuštena prilika/e prepoznaju se u rečenici koju stare osobe često izgovaraju:

“Sada kada bih ponovo živeo, znam kako bih”.

Vreme u praksi

Iako ovaj izraz može da zvuči simpatično u smislu stečenog iskustva i mudrosti, u suštini je beskoristan. Pored toga što nagoveštava „nezavršene poslove”, ova rečenica kao da prenebregava sadašnjost u kojoj su promene moguće. Iako je pobeći iz bitke i biti general posle njenog završetka.

Osim toga, ovaj izraz prepostavka je koja ne može biti dokazana. Verujem da svako čini najbolje što u tom trenutku može bez obzira kako izgledalo iz druge perspektive. Da je moglo bolje, bilo bi! Ovime ne opravdavam, na primer, zločine. Neki postupci ne mogu biti opravdani, ali počinilac ima pravo i obavezu da ponese odgovornost za sopstvene postupke. Kod nekih pojaviće se kajanje. Po definiciji pokajanje je promena uma koja dovodi do promene ponašanja.

Pokajanje je dubinski proces oprاشtanja sebi, završetak „nezavršenih poslova”.

Ne postoji "standard" ili "model" života sa kojim bi se poredili, niti objektivni pokazatelj njegove uspešnosti. Jedini istinski standardi su oni koji su smešteni u dušu pojedinca i nisu spolja izazvani. Zovemo ih "mir" i "radost". Ukoliko ih nema, u duši će se stvarati prostor za promenu zbog težnje ka miru. Ako ima mira, a nema radosti, moguće je da se radi o rutini, apatiji i sličnim stanjima. Ako ima radosti, a nema mira, onda je to ustreptalost, uzbuđenost ili kakva druga pozitivnost, ali nije ona radost o kojoj pričam. Ali ako su udruženi mir i radost, onda je to ispunjenost ili punina. Na žalost, bolest nepredvidivo može da utiče na ponašanje zbog čega je svaka promena na loše razumljiva.

M.D. (1932) koji je u JPZ došao u septembru 2016. godine, oboleo je od karcinoma debelog creva sa meta promenama na mozgu. Tokom prethodnog dolaska početkom decembra 2015. pokazivao je veliki optimizam i smisao za humor. Tada nije govorio o svojoj bolesti nego, sa puno dosetki, o predstojećoj proslavi Nove godine. I u septembru je bio veseljak kakvog sam poznavao. Ušao sam u bolničku sobu za vreme doručka, pomogao mu da otvari pakovanje meda, a on je sedeо na krevetu posprdno komentarišući novinske članke. Kada sam ga pitao kako se oseća rekao mi je kao usputno:

„Ma trebalo bi da operišem ovu kilu, sve ostalo je dobro.“

M.D. je bio veseljak, ali nije imao mir. Mir se izgubio u bolesti koja ga je gutala. Tog septembra 2016. u par minuta je gotovo potpuno potonuo u nemir koji se manifestovao čutanjem i nervoznim pogledom koji je leteo po sobi sve dok nije zatvorio oči. Rekao sam sestri Dragani Radović da sam ga „ispustio“ i da ne znam kako da mu priđem zbog zida koji je podigao prema spoljnjem svetu. Otišla je do njega, kratko su razgovarali, a M.D. joj je rekao:

„On je špijun, neću sa njim da razgovaram.“

M.D. je naglo, naizgled ničim izazvano izgubio mir i smisao za humor. Pretvorio se u nezadovoljstvo koje je opstajalo. Više nije bilo važno kakav je bio već u kakvom raspoloženju i sa pogledom na svet je sada.

Nedelju dana kasnije sa M.D. sam razgovarao o čestim promenama raspoloženja. Potvrđio je da je sve ogorčeniji na lekare koji ne žele da mu operišu kilu, mada nije znao dijagozu tj. da je karcinom debelog creva metastazirao. Veoma živo je negodovao protiv Dodikovog referenduma u Republici Srpskoj jer je to „protiv Srba“. Ogorčen je bio na „komuniste iz opštine“ koji su mu za pola sata nepravedno „oduzeli zemlju sa 10 orasa i tehničkim drvetom“, a istu plaćali na rate nekoliko godina. Govorio mi je kako ga je borba za posed koštala zdravlja i da je kasno prepustio kćerki da se time bavi. Bilo je jasno odakle je došla ideja o „špijuniranju“. M.D. je lako i duboko prelazio vlastite granice čija posledica je bio nespokoj. Na pomen kćerke lice mu se razvuklo u širok osmeh.

„Zamisli, našla te je preko telefona!“, zvučao je oduševljeno.

„Tražila te je preko nečega na telefonu i našla, pročitala mi je da si psiholog i čime se baviš.“

Time kao da je htio da mi kaže da se uverio da ipak nisam špijun i da može sa mnom da razgovara. Imao sam utisak da je pretrčavanjem psiholoških granica dolazio u sve veći nemir kojim nije znao kako da se bavi. Na kraju mi je rekao:

„Ja imam tek 84 godine, a malo me brine što moja baba nije dobro. Ja sam super, ali njoj otkazuju ruke.“

Vreme je relativan pojam, svesnost takođe.

Pacijentkinja S.B. (1953) bila je radosna žena nemirnog duha. Saradljiva, mirna pacijentkinja koju su medicinske sestre zavolele. Narandžasta kosa, u čijem korenu je bilo oko centimetar prirodne boje, govorila je o nekadašnjoj energičnosti. Njen psihički status u trenutku prijema u JPZ mogao bi se nazvati omamljenošću. Pre oko mesec dana dijagnostikovan joj je karcinom u poodmaklom stadijumu. Nije imala snage, odustala je i od lečenja. Nije primala nikakvu terapiju. Potreba da zadrži svoj mir odvela ju je u omamljenost i kidanje veza sa spoljašnjom sredinom da bi svakim danom postajala sve odsutnija. Kada sam je sledećeg petka video S.B. je bila u soporu.

Paradoksalna teorija promene kaže:

“Čovek ne može postati ono što nije dok ne prihvati ono što jeste.” (Yontef, 1990)

Prihvatanje bolesti prethodi lečenju. Ako ne prihvatom da sam bolestan, od čega bih se lečio? Do promene će doći pod uslovom da želim i imam snage za suočavanje sa novim. Naučeni model ponašanja opstaje tokom života i ne zavisi od stanja u kojem se nalazim. Ako sam od detinjstva učio da odbijam ono što mi ne odgovara i da jedem hranu koju volim, nastojaću tako da se ponašam u različitim situacijama. Ako naučim da „promena nije prijatna“, onda će takvo ponašanje dominirati kada god da se pojavi ideja o promeni. Osobe koje govore da su „takve kakve jesu“ i da „ne mogu da se menjaju“ u stvari imaju strah od promene ili zbog nekog drugog razloga nisu motivisane. Zbog toga je rutina, a u rutini opservisnost, za njih bezbedno tlo. Prethodni izraz „sada kada bih ponovo živeo, znam kako bih“ zapravo kaže:

“Mislim, mada nisam siguran, da sam naučio da živim kada je život prošao.”

Neizvesno, učestalo i donekle prihvatljivo učenje „življenja“ je metodom pokušaja i pogreške. Kada i gde god da se pojavi rutina otvorice prostor za tihu oksidaciju ili truljenje. U palijativnom zbrinjavanju nisu tako retki slučajevi osvešćivanja o propuštenim mogućnostima. Neke od njih su nenadoknadive.

M.N. (1969) bila je iz Valjeva. Doktor medicine u lošem braku okovanom zlatom. Iz tog braka imala je dvoje male dece sa mužem alkoholičarom. Po rečima T.D. koja mi je ispričala njenu životnu priču, u slučaju M.N. nema nikakve potrebe za narodnom „o pokojniku sve najlepše“. Ona je pomagala ljudima na najpraktičniji način lečeći ih često besplatno u sopstvenoj privatnoj praksi. Bračni par lekara živeo je u iluziji braka tj. u braku bez uzvraćene ljubavi ušuškanom materijalnim dobrima. Ironija sudbine je učinila da baš ona, lekar koja se time bavila, oboli od raka dojke i to na završetku specijalizacije za hirurga. Borba je trajala dve zime. T.D. je bila njen verni pratilac tokom bolesti, naročito u terminalnoj fazi. Negde pred kraj, M.N. je izgovorila nešto što je odražavalo njenu prevashodnu i uvek potiskivanu potrebu. Rekla je:

“Znaš li Coko šta bih volela da mi se desi? Da se još jednom zaljubim!”

Možda u zaljubljenosti nema mira ali svakako ima radosti. Ovakve poruke dragih osoba koje odlaze, ostaju duboko u sećanju. T.D. je to zapamtila. Ipak, nekoliko godina kasnije kada joj se ljubav desila nije imala snage da se u ljubavi zadrži. U filmu „Svemoćni Evan“ (Tom Shadyac, 2007.) Morgan Frimen koji glumi Boga izgovara sledeću rečenicu:

„Ako se neko moli da bude hrabar da li će mu Bog dati hrabrost? Ili će mu dati priliku da bude hrabar? Ako se neko moli za strpljenje da li će ga Bog načiniti strpljivim ili će mu dati priliku da bude strpljiv?“

Ako neko moli da bude radostan da li će ga Bog takvim načiniti ili će mu dati PRILIKU da bude radostan?

Radost

Psiholozi malo znaju i retko govore o radosti i sreći. Nekadašnji predsednik Američke asocijacije psihologa dr Martin Selidžmen rekao je:

“Umesto na radost, psiholozi su usmereni na ono što ljudi čini tužnim i/ili zabrinutima. U prilog ovome ide i činjenica da je u poslednjih 30 godina u psihološkim časopisima u Americi objavljeno 45.000 članaka o depresiji, a samo 400 o sreći”. (Lidija Mitić et al., 2008)

Iako je na prvi pogled palijativno zbrinjavanje oslobođeno sreće i radosti, upravo u njemu leži mogućnost ugledavanja osoba ne samo u svojstvu pacijenata već u širem kontekstu, onakvih kakvi jesu, što su tokom života postali, čime mogu biti iskreno zadovoljni i radosni. Jedan od razloga zbog kojeg je moguće da se u tako teškim trenucima dogodi zadovoljstvo životom leži u oslobođenosti od svih ili većine nametnutih vrednosti, naročito materijalnih, koje su činile deo doživljaja sreće tokom života.

Suprotno tome moguće je da zadnji dani života istisnu prethodna zadovoljstva ukoliko pacijent pati. Na primer, ako porodica ne prepozna minimalne potrebe obolelog člana za dodirom, rečju, gestom ili na drugi način pokazanom pažnjom i podrškom, može se dogoditi da se prethodno zadovoljstvo i radost životom rasprši u osećaju odbačenosti. Dušica Berger je napisala:

“... ponekad je lakše ne gledati patnju i umiranje koji se ne mogu izbeći. Ovo su najčešći razlozi zbog kojih većina terminalno obolelih u industrijalizovanim zemljama umiru u bolnici, među gotovo nepoznatim osobljem, bez okruženja porodice i prijatelja. Umiranje može trajati dugo, biti praćeno ne samo bolom već i osećajem usamljenosti, napuštenosti i otuđenja, te postati i dehumanizovano iskustvo.” (Berger, 1997)

Dehumanizacija nije rezervisana isključivo za visokorazvijene zemlje koja je jednim delom posledica hedonističke filosofije. Hedonističke definicije sreće su pogrešne jer prava sreća nužno implicira teškoće. Prema Maslovlevim rečima:

„Moramo da naučimo kako da uživamo u 'patnjama višeg života' i u kreativnosti, ili pravim problemima, a ne u pseudoproblemima. Pravi 'problem' su divni u poređenju sa realnim nevoljama koje donose dosada, usamljenost i osećanje praznine i beskorisnosti života. Najbolji način da shvatite da ste u nekom trenutku bili srećni, čak i ako vam je tada nedostajala svesnost o tome, jeste da budete posvećeni zadatku ili cilju i da se njemu potpuno posvetite.” (Maslov, 2001)

Psiholog koji se bavi pacijentovim osećajem beskorisnosti i uzaludnosti življena u prilici je da ga podrži na putu do životnog zadovoljstva i radosti ukoliko za to ima sadržaja i vremena. Ovo je još jedan razlog zbog kojeg treba insistirati na uključivanju psihologa u rad sa teško obolelima od postavljanja i saopštavanja dijagnoze, a ne isključivo u terminalnoj fazi bolesti i periodu tugovanja i žalovanja.

„Sada i ovde”

Uslov primećivanja onoga što se u životu dešava, pa i radosti, je život u “sada i ovde”. Osvešćen život, ili svesnost življenja, osnova je onoga što će se nazvati “iskustvom”. Svesnost nije moguće odvojiti od “sada i ovde”. Važno je razumeti da “osvešćen život” ne znači automatsku mogućnost korišćenja onoga što je osvešćeno, već artikulisanje senzacije. Ako bi za primer uzeli telesne senzacije, osvešćivanje se javlja kada “pročitam” ono što osećam u grudima ili stomaku i kada sam sposoban da senzaciji dam kvalitet (na primer: prijatna, neprijanta ili neutralna). U radu sa klijentima i pacijentima video sam da “osvešćivanje osećanja” uglavnom doživljavaju kao “mišljenje o onome što osećaju”. “Osetiti” nije isto što i “mišljenje o onome što se oseća”, posebno ako se u to uključe projekti, odnosno ono što bi “trebalo” i “moralo” da se oseća.

Upliv nesvesnih prošlih dešavanja, i emocija koje su nastajale i slagale se u dušu deteta i mlade osobe, a koje se pojavljuju u “sada i ovde” odrasle osobe, čine osnovu iskustva. Iskustvo se sastoji od prorađenih i pounutrenih ili interioriziranih doživljaja. Međutim, ukoliko su neprerađene, postaju nešto što zovemo “projektima”. Projekti predstavljaju usvojene sadržaje nastale pod uticajem značajnih drugih koje je ličnost prisvojila kao svoje iako joj ne pripadaju (Yontef, 1990). To je nešto što smo “progutali” a nismo “provarili”. Snaga projekata je ogromna, oni će govoriti kroz nas u svakoj mogućoj situaciji iako smo ubeđeni da je to naše, i samo naše osećanje. Sami po sebi projekti nisu loši. “Operi ruke pre jela” je roditeljska poruka koju kao deca ne moramo da razumemo. Problem nastaje kada projekt postaje obaveza, uslov nekog doživljaja koji se manifestuje u “treba” i “mora”. Tada itekako umeju da zasmetaju. Projekti su oni elementi koji nam stope na putu osećaju i razumevanju novina. Otuda mislim da su, ako ne jedini a ono važan deo kamena temeljca straha od nepoznatog.

Da bi znanja i iskustva iskoristili potrebno je razvijati veštine. Ako za vreme zdravih i snažnih godina nisam naučio da puštam problem, da li je realno očekivati da se to dogodi kada mi bolest ugrozi život? Povezivanje i “čitanje” sopstvenog osećanja je veština koja se vežba, kao i “ulazak” u njih. Priprema za odlazak iz ovog života biće drugačija ako sam ranije naučio da “puštam”, prihvatio sopstvenu konačnost i ako sam naučio da postojim samo u “sada i ovde”. Sastavni drugačiji odlazak ili umiranje biće ako osećanja držim vezana za neku osobu, neko vreme ili bilo koju priliku. To jest, ako “ne puštam” da nešto ode ili da od nečega odem (Blair Sumner Mynatt, 2007).

Osvešćena radost, ona koju doživim u “sada i ovde” je veština na kojoj može da se radi i koja se oseća i u telu. Osim što se može izazvati, radost može da traje koliko i sećanje na trenutak obojen ovom emocijom. Intenzivna radost koju sam davno doživeo, može uticati na realnost ukoliko je prizovem u “sada i ovde”. Pounutrena radost postaće jedan od stubova samopodrške jer, osim iskustva stečenog preživljavanjem ranijih teškoća, radost iz prošlih vremena može postati motivacija prevladavanju sadašnjih izazova. Zbog toga se nameće pitanje: “Koliko sam radostan u ‘sada i ovde’?”

R.Ć. (1944) pokušala je suicid sredinom maja 2016. U JPZ je primljena početkom juna 2016. u veoma teškom stanju. Tu je smeštena zbog mira koji je na ovom odeljenju imala a ne zbog „bolesti“. Izgubila je muža u februaru nakon čega joj se čitav život „sručio na glavu“. Sin jedinac se razveo, nije imao dece a ona je živila sama održavajući veliko imanje. Nije videla ni jedan razlog vredan nastavka života zbog čega je odlučila da ga sebi oduzme. Sedam dana kasnije bila je u podnošljivom, a dve nedelje nakon prijema u znatno boljem stanju. Mogla je da govori, ali je bila vidno potrešena svim

što joj se dešavalo. Koliko joj je snaga dozvoljavala, ukratko mi je ispričala životnu priču. Pre nego što joj je muž umro živeli su lepim, mada teškim seljačkim životom. Obrađivali su zemlju, imali ovce i drugu stoku, živinu i lepo uređenu baštu. Sin je živeo u obližnjem gradu, retko se javljao i dolazio. Osećali su se usamljenim.

„Deca idu za svojim životom, ne vide roditelje osim kada im trebaju”, govorila je.

Sinovljeno venčanje dugo su otplaćivali bez njegove finansijske pomoći. To mu je prigovarala, smatrala je da je pobegao od odgovornosti. Bila je zadovoljna kada je uspeo u poslu i kada je počeo da stiče veliko bogatstvo. Razvod ju je pogodio, ali ga nije mnogo komentarisala. Ali je zato detaljno opisivala smrt muža koji je iznenada umro, pripremu za sahranu i sve što je morala da uradi u dočeku i ispraćanju gostiju, iako je bila van sebe.

„Bilo je upaljeno 420 sveća, toliko naroda je bilo na sahrani. Trebalo je sve to spremiti, dočekati i ugostiti da se ne obrukamo. Jelo se u dve smene, jer nije bilo mesta. Sve što je ostalo, a ostalo je dosta, podelila sam”, pričala je vidno uzbudjena.

Nešto slično desilo se i za 40 dana, a posle toga suočila se sa obavezama koje nije mogla samostalno da sprovodi. Ima veliku kuću koju nije stizala ni da očisti, dvorište sa mnogo cveća koje nije stigla da okopa, punu štalu koju je morala redovno da obilazi i hrani životinje a nije imala snage ni motiva. Onda je odlučila da popije kiselinu. Preživila je zahvaljujući brzoj intervenciji.

Krajem juna gotovo sasvim se oporavila. Prve nedelje jula ponovo smo razgovarali, bila je raspoloženija. Uznemirio je san u kojem joj se javio pokojni muž. Uznemirenost ju je pokrenula iz mrtvila.

„Pitao me je šta sam to uradila i da li hoću da mi se ljudi smeju? Bio je ljut! A onda mi je rekao da ispoštujem pola godine i godinu od njegove smrti, da pozovem ljudе i da ih ugostim a onda da radim šta hoću.”

Ponovila je delove sna više puta. Na trenutke mi se učinilo da se lomi između radosti što je sanjala muža i tuge zbog toga što je grdio. Na pitanje o tome kako se oseća rekla je da sigurno neće sebi da naudi dok se ne navrši godinu dana od njegove smrti. Pitao sam je u vezi sa obavezama koje ima i nemogućnošću da se njima bavi.

„Odlučila sam da stoku rasprodam, da ostavim samo ono što mogu da gledam”, rekla je, „a baštu neću da sadim, nego nešto malo koliko mi treba. A meni ne treba mnogo. Isto i ono ispred kuće, što će mi onoliko...”

U glasu se čula odlučnost u vezi sa imanjem, ali i sa sinom.

„Neću više da dovodi one svoje drugove, ja ih samo dvorim, a ne mogu više. Jedan hoće kafu, drugi rakiju, treba spremiti hranu, a ja to više neću.”

Ova odlučnost kao da je bila postavljena u vazduhu, bez čvrstog oslonca, ali je bila čvrsta. U stvari, mislim da je deo iz sna o „brukanju” bio oslonac, da je u tome našla uporište zbog kojeg se još u bolnici organizovala tako da podnese život koji je čeka kada izađe. Iako sama nije imala nikakvih želja osim da se sin ponovo oženi, ovo je bila ohrabrujuća novina za nastavak života. Pričali smo o tome kako joj je „Bog dao produžetak” koji bi mogla da iskoristi, pričali smo i o tome kako ne mora da čisti

čitavu kuću s obzirom da nije više mogla da se penje na sprat, nego sobu u kojoj je spavala i trpezariju. Oči su joj bile vedrije, glas poletniji.

Bez mnogo ustručavanja, s obzirom da smo se poznavali tri nedelje, pitala me o mom braku i deci. Tih meseci imao sam problema koje sam ukratko izložio, a ona je, ne čekajući da završim, rekla:

„A ko danas nema problema u braku? Svi imaju! Ali da ti ja kažem,” poletno progovori mlateći kažiprstom po vazduhu,“porodica je svetinja koju trebaš da paziš. Bude svega i svačega u braku, ali na kraju ko će bolje da te pogleda nego tvoja žena i ko će nju bolje da pogleda nego ti?!”

Nastavila je da priča o svom iskustvu i teškim vremenima sa posebnom živošću kakvu nisam čuo tokom prethodnih razgovora. Sela je na krevet i izvinjavala se što me savetuje, ali je nastavljala priču dogodovštinama iz svog života.

U trenutku za koji sam mislio da je prikladan uhvatio sam je za ruku i zahvalio na divnim rečima i savetima, pokazanoj brizi, snazi i odlučnosti koju je pokazala. Pozvao sam je da posluša sopstvene reči, ono što je meni pričala o životu i radosti, i u njima nađe sopstvenu motivaciju za dalje. Ma kako se činilo, život je lep.

„Pa nego šta! Ako ja umrem, ko će da se seća onoga što smo nas dvoje imali!”, bilo je nešto poput zaključka. Nekoliko dana ranije bilo bi nerealno očekivati da ovakva rečenica može iz nje da izađe.

Iako nije imala unuče, muža, ni sina koji se o njoj brinuo onoliko koliko joj je objektivno trebalo, R.Ć. je ipak našla utočište za svoju dušu i krenula je dalje. Pokrenuta snom ona je našla energiju pa je i mene savetovala pokazujući da se brine. Važnije od toga je što se povezala sa sopstvenim životom, koji je ranije imao jako puno lepog sadržaja. Nisam siguran da sam ispratio čitav proces koji se u njoj dešavao, ali ono što sam tog petka prve nedelje jula 2016. video i čuo bilo je ohrabrujuće. Tog dana je izašla iz bolnice. Čekao je težak život, ali ipak život u kojem uvek ima mesta za radost. Početkom septembra pozvao sam je telefonom. Javio se rođak njenog pokojnog muža. Rekao mi je da je u bašti, da je sasvim u redu i da se ispomažu.

Pitao sam ranije ali da ponovim: ima li šta važnije u životu nego osvestiti potencijale za radovanje u “sada i ovde”? Kada je radost u pitanju, “podrazumevanje” ne postoji. Jer, ako nije dovoljno to što sam zdrav i živ, nego je za radost potrebno više, postavlja se pitanje da li ću ikada naučiti da vrednujem zdravlje i život. Kako da objektivno vrednujem nešto što se podrazumeva? Kao na primer vreme. Jer, ukoliko bih objektivno vrednovao život, odnosno vreme, da li bih ga pažljivije trošio?

Obolele osobe, one koji gube bitku sa bolešću, imaju čitav niz otežavajućih okolnosti u razumevanju, kamoli primeni većine od onoga što je rečeno u vezi sa vremenom. Psiholog ima veliku odgovornost i komplikovan zadatak koji prevazilazi uklanjanje psihičke patnje kao osnovnog motiva za uključivanje ove struke u palijativno zbrinjavanje.

Nakon nekoliko godina rada sa teško obolelim osobama shvatam da je “raditi na sebi” istinska privilegija. “Svest o životu” je stanje koje ne ide u prilog hedonistički orijentisanoj svakodnevici. Za takav svet konačni proizvod analize života, sreće, filosofije, motiva i ko zna čega još, kreće se negde između seksa i novca, što je u primitivnijim okolnostima izraženo stavom “u se, na se, poda se”. Iako ovakav smisao življenja može funkcionišati besprekorno, zahvaljujući iskustvu u radu sa teško obolelima rekao bih da se, primicanjem kraja života, u malom broju slučajeva hedonizam pokazao

kao dovoljan, a nikako zadovoljavajući pogled na život. Ako sam nešto naučio od teško bolesnih, i od R.Č. to je da treba napraviti balans između "posla" i "srca" ili zadovljstva, ma šta da je "posao" i ma kako shvatio "srce".

Konačnost

Uveren sam da je nepostojanje svesti o značaju, ulozi i smislu zdravlja i života jedan od puteva nastajanja iluzije o čovekovoj svemoći, značaju pa i večitosti. Tako formirano iskustvo, bez svesti o konačnosti, može odvesti u lažno znanje o životu (Rimpoče, 2009). Ovo je jednostavno proveriti: ukoliko mi je sve jasno, ukoliko nema nepoznanica i zapitanosti, sasvim sigurno se nalazim u „plićaku” ili na poziciji vlastite istine koja nikako nije ono što bi mogli nazvati „objektivnom istinom”. Celovita ili objektivna istina podrazumeva dubinu, a dubina uvažavanje postojanja mnogih faktora sa kojima i nije sve kristalno jasno, kao na primer u dubljoj vodi. Ili u nesvesnom.

Sudeći po učestalosti nerazmišljanja o vlastitoj bolesti i konačnosti, oni kao da se dešavaju nekom drugom (Ika Rončević-Gržeta et al., 2007). Ako nisam osvestio život u „sada i ovde” dok sam zdrav i funkcionalan, šta će se dešavati u meni, u mojoj duši, kada se jednog dana razbolim, a funkcionalnost postane ograničena? Sa druge strane, koliko ću biti sposoban da pustim ono što je bilo juče i živim u novom „sada i ovde”?

Početkom jula 2016. godine sreo sam se sa A.V. (1935). Bio je učitelj u penziji, imao je sina lekara, a dan pre razgovora unuk je odbranio diplomski na Arhitektonskom fakultetu u Beogradu. Bio je u veoma teškom stanju. Jedno od pitanja koje sam postavio ovom, kao i gotovo svim drugim pacijentima je:

„Koliko ste zadovoljni dosadašnjim životom?”

Uobičajeni odgovor je: „Uopšte nisam zadovoljan/na”, a razlozi mogu biti različiti. Dominiraju „Ja sam samo radio/la, a nisam živeo/la”. Međutim, A.V. je kao iz topa odgovorio:

„Zadovoljan sam!”

Priznajem da sam bio iznenađen s obzirom na muku koju je doživljavao. Bolovao je od uznapredovalog karcinoma pankreasa sa rasprostranjenim metastazama. Nastavili smo razgovor o onome što čini to zadovljstvo i u nekom trenutku sam ga, misleći na raniji život, pitao:

„Da li bi ste nešto promenili kada bi sada mogli ponovo da živite?”

Malo se zamislio, ali je odgovorio da ne bi mnogo toga menjao i da je zaista imao lep život, dobru ženu i decu, dobar posao koji je voleo, mnogo prijatelja i dosta različitih sadržaja. Govorio je o tome punih usta iskreno zadovoljan. U jednom trenutku mi je rekao da nije srećan što umire od raka a zatim šaljivo rekao da tu bolest „dobijaju samo bezveznjaci!” Nasmejali smo se a tada sam prokomentarisao:

„Vi očigledno niste bezveznjak s obzirom da ničega niste ostali željni”, misleći na život pre bolesti.

Ne gledajući me, podjednako energično je rekao:

„Željan sam da se napijem vode, kako bih voleo da se napijem vode!”

Pomislio sam da je ovaj čovek, koji je par minuta ranije rekao da je veoma zadovoljan ranijim životom, pre desetinu dana čuo da će biti željan da se napije vode, verovatno u to ne bi poverovao. Kako li bi reagovao da mu je neko pre par godina dok je bio u punoj snazi i zdravlju, rekao da će u životu biti željan da se napije vode? Može li to tebi i meni da se desi? Još bolje, da li sam svestan koliko toga mi je dato i da li sam zbog svake od tih „sitnica“ radostan? Osećao sam se poraženim pred činjenicom da nisam! Još teže sam se osećao kada sam shvatio da imam veoma retko i neponovljivo iskustvo koje sam potisnuo jer sam od jula do decembra 1992. godine u Sarajevu bio gladan hleba, što je bilo nemoguće prepostaviti samo par dana ranije, kamoli 1991. kada smo živeli u izobilju.

Više o radosti i osnovnim potrebama govorim u 5. poglavljtu „Potrebe i kvalitet života“.

3. Lista prioriteta

Polarnosti su karakteristika ljudske psihe još od raspoznavanja dobra i zla u Edenskom vrtu. Ipak, čini se da nikada nije bilo više informacija i u isto vreme više površnih ljudi koji ne znaju šta sa informacijama da rade. Na sve strane govori se o pravu i pravdi koji su suviše često selektivni. Količina znanja je impresivna, ali se čini da ne znamo osnovne stvari o sebi, kao na primer da nabrojimo barem tri sopstvene vrline i mane. Virtuelni svet doneo nam je "društvene mreže" a nikada nismo bili usamljeniji. Etika je jedna od najizučavanijih nauka, a ipak sve je relativno. Na sve strane iluzije različitog obima, prividi, obmane i farse. Teško ih je razotkriti da bi se priznale, a i kada se razotkriju, odgovor može da bude „pa šta?“ To su doprinosi postmoderne. Jedan od njih je opšta uspavanost. Velika istina je da se manjina sanjivih bavi smisлом života i da naslućuju, makar kroz maglu šta od života hoće. I taman kada misli da „zna“, desi se suočavanje sa realnošću. Budnih kao da nema.

Palijativno zbrinjavanje ima šansu da se izdigne iznad iluzije i privida brige za čoveka kao i iznad svih drugih polarnosti kako bi se pomoglo onima koji sebi više ne mogu da pomognu. Palijativno zbrinjavanje u svojoj suštini ima brigu za čoveka nezavisno od bilo koje lične ili socijalne karakteristike. Suprotstavljanje bespomoćnosti u dobrom uslovima smeštaja i adekvatnom uslugom znači poštovanje dostojanstva pacijenata. To su prioriteti u palijativnom zbrinjavanju.

Sredinom septembra 2016. u JPZ su smeštene B.D. (1948) i V.M. (1950). B.D. je bila znatno govorljivija nego protekle sedmice. Karcinom bubrega je metastazirao na plućima. I dalje je periodično osećala mučninu, ali je stanje bilo podnošljivije. V.M. je bolovala od karcinoma donjeg dela ždrela zbog kojeg joj je ugrađena traheostoma pored koje je imala i stomačnu stomu. Uglavnom je čutala, a kada bi govorila zatvarala je prstom otvor na stomi. Njih dve se nisu ranije poznavale. Kada sam prvi put ujutru došao bile su u jutarnjem sređivanju, nismo razgovarali osim što mi se B.D. pohvalila da se osećala mnogo bolje nego prošle sedmice. V.M. je pripremala hranu koju će ušpricati kroz stomačnu stomu. Sama je to radila, bila je veoma pedantna. Upoznali smo se prilikom njenog prvog dolaska u novembru 2015. Ova mršava, niska gospođa veoma je držala do stila. Uvek sređene kratke kovrdžave kose, umivenog i namazanog lica, sa čipkanim nazuvcima na stopalima i lakiranim noktima na rukama i nogama u istoj boji.

Kada sam sledeći put došao V.M. mi je rekla:

„Hoću da umrem! Ovih dana ču da umrem.“

S obzirom da smo se poznavali, direktno sam je pitao:

„Da li ste spremni?“

„Jesam, nemam snage, ne jedem dovoljno i spremam se da umrem.“

Kao da mi je rekla da će umreti ako još malo zanemoća, ako ne bude bila u stanju da ustane iz kreveta. Vitalni nagon je prepoznao kraj. Čučnuo sam pored nje, držali smo ruku u ruci.

„Ako ste spremni za odlazak, ako ste u miru i ako ste to odlučili, onda to zaista može da se desi“, rekao sam.

„Sve sam mršavija, sve manje snage imam, to je takva bolest. Mada, ovde imam tri obroka, a doktor koji me operisao rekao mi je da moram da imam šest obroka, doručak, ručak i večeru i tri užine između njih. A i daju mi jogurt od kojeg mi ne bude dobro...“

„Nećemo valjda zbog toga da umiremo? Odoh do sestre da vidim šta će mi reći.“

Glavna sestra, Maja Seizović, prethodnog dana je zamolila šeficu kuhinje za tri dodatna obroka, tri užine, a današnja molba odnosila se na utvrđivanje jelovnika zbog pacijentkinog problema sa varenjem jogurta. Dva telefonska poziva bilo je dovoljno da se reši problem. V.M. je bila zadovoljnija brzom reakcijom više nego zbog tri šolje griza ili neke druge hrane koju će dodatno dobili.

Kada sam treći put ušao u njihovu sobu V.M. je heklala, a B.D. joj se na glas divila, podržavala je i zahvaljivala na motivaciji koju je dobila da svom sinu isplete šal čim izađe iz bolnice. V.M. nas je sa osmehom gledala preko naočara. Pohvala joj je prijala. B.D. je nastavila da hvali ponašanje i upornost koju je prepoznavala kod cimerke. Na pitanja o hekleraju nije mi odgovarala V.M. koja je heklala već bi, verovatno da ne bi prekidala i umarala se, umesto nje govorila B.D.

Nemoć je neprijatelj vredan poštovanja, ozbiljnosti i posvećanosti koji može da nas ujedini. Palijativno zbrinjavanje je mnogo više od brige u terminalnoj fazi u kojoj nemoć dobija na snazi. Ukoliko pacijent zatraži pomoć u bilo kom trenutku od postavljanja dijagnoze, čitav tim će ga podržati u prihvatanju onoga što „jeste“ onoliko koliko je pacijent sposoban da to prihvati.

Ovde me put vodi na dve strane. Prva se odnosi na viđenje, osećaj ili razmišljanje o nemoćima. Drugi je u vezi sa odnosom prema vlastitom trajanju.

A. Crtica o nemoćima

Početak priče o vlastitoj listi prioriteta nalazi se u mom doživljaju nemoćnih. Da li i kako ih vidim? Čak i ako može biti tačno da su sami doprineli svojoj nemoći bez obzira o kakvoj „nemoći“ je reč, a uglavnom jesu (jesmo), da li sam spreman da odvojam „lik“ od „dela“, „krivca“ od „krivice“, „grešnika“ od „greha“? Da li sam u stanju da prihvatom kada M.C. (1950) koji je oboleo od karcinoma pluća, kaže da je u Švajcarskoj stvorio sve čak i za unuke, ali da nije imao sopstveni život, ili ču ga negde u sebi osuditi izlurado pomisliti: „Sada neka se oni brinu o tebi“, ili tome slično? Ili ču za S.D. (1943) koja je, radeći specifičan i dobro plaćen posao po Evropi zarađeni novac „držala u džakovima“, ali da ipak nije zadovoljna životom jer, zbog stalnog seljenja nikada nije imala prijatelje van poslovnog konteksta, pomisliti: „Dobila si što si tražila“? Da li će i koliko te misli uticati na odnos prema pacijentima bez obzira na puritanstvo koje će se pojaviti u svrhu samoodbrane?

Odnos prema nemoćima govori o nama. Zato mislim da će se u ovom poslu adekvatno snaći oni koji empatičnost i altruizam doživljavaju onakvim kakvi zaista jesu, van narcisoidne motivacije. Jer, moguće je činiti svakojaka dobra dela zbog vlastite promocije, straha za sebe, maskiranja sopstvenih grehova i tome slično. Palijativno zbrinjavanje je posao sa osobama koje ne mogu uzvratiti pažnju, koje nisu u stanju da se revanširaju i oduže za osmeh, dodir, prisustvo i pokazanu pažnju, to je posao pun davanja bez očiglednog „primanja“. Ukoliko to ne bude tako, i ova grana medicine, koju karakteriše multidisciplinarnost, pretvoriće se u formu, rutinu, pa i u iluziju i obmanu.

P.Lj. (1930) primljena je u JPZ krajem avgusta 2016. Doktorka Brana Jočić predložila joj je da povremeno prošeta kako joj mišići ne bi oslabili zbog stalnog ležanja. Kćerka joj je umrla, imala je

jednu unuku i tri prounuka. Niska gospođa, koju sam oslovjavao sa „babili” bila je vedra, ali sve manje sposobna da se sama stara o sebi. Prvog dana po dolasku predložio sam joj da zajednički prošetamo po odeljenju. Misnila je da se oslanja o štap, a da je držim ispod ruke, „za svaki slučaj”. Na vrhu hodnika bila je malo korišena hodalica sa kojom smo napravili par krugova. Bila je veoma zadovoljna. Raspoloženje joj je poraslo jer je uradila nešto za sebe! Sledećeg petka ponovo smo razgovarali šetajući po odeljenju, a da bi mi se odužila spremila je novac koji je zgrčila u maloj šaki pridržavajući ručicu hodalice.

„Evo ti da kupiš nešto”, rekla je polu stidljivo.

„Babili, daj ti to unuki i prounucima, njima više treba i nemoj da mi ubijaš sevap”. Oboje smo se smeiali uživajući u divnom prvom petku u septembru. Nema tog novca koji može da plati taj osmeh i raspoloženje žene na zalasku. Ako psiholog sa tim nije „načisto”, bolje da na vreme potraži neki drugi posao.

Ako si psiholog u palijativnom zbrinjavanju i vidiš na kaseti špric u plastičnoj čaši, pitaj pacijenta da li je žedan. Nema začajnije primene psihologije od ove.

Ono što izdvajam i naglašavam je neiscrpnost i nedovoljna korišćenost životne mudrosti koju rad sa teško bolesnim pacijentima predstavlja. Psiholog će biti u stanju da čuje i razume pacijenta, pa samim tim i da oseti te mudrosti koje su uvek jednostavne, nekada bi se reklo da su banalne. Do toga će doći samo ukoliko pacijent i psiholog budu u „Ja-Ti” odnosu (Ginger, 2003). Tada će primanje i davanje biti zaista zaokruženo.

Crtica o vlastitom trajanju

Za one koji se osećaju moćno, nedodirivo ili za one koji ne razmišljaju o konačnosti postavlja se pitanje: odakle to dolazi? Razmišljanje ne mora da znači opterećivanje temom. Opsesivno razmišljanje je nešto sasvim drugo. Ne tako retko pokušava se pobeti od razmišljanja i razgovora o konačnosti. Kao da nije reč o prirodnoj stvari. Ima li dana bez noći, leta bez zime, uspeha bez pada i života bez smrti? Da li sam toga svestan ili mislim da jesam?

Ako neviđenje sopstvene prolaznosti smatram adekvatnim, tada će lista prioriteta biti zasnovana na prividu o trajanju. Periodični događaji koji imaju snagu da izbace iz ravnoteže ili iz „konforne zone” imaju potencijal za činjenje pokreta ka redefinisanju liste prioriteta. U prethodnom tekstu o promeni pričao sam u kontekstu radosti, a sada je to u kontekstu života kakav jeste, u koji ulaze i drugi sadržaji.

Nespremnost da se prihvati promena, kroz koju se ciklično raspoređuju različiti kvaliteti (pozitivno i negativno, dobro i зло...) dolazi od vezanosti ili prijanjanja za neku figuru kojoj ne dozvoljavamo da se pomeri u pozadinu. Ako sam za nešto vezan, ako sam prionuo toliko da me odvajanje uznemirava i vodi u patnju, imam priliku da odlučim da li ću se pomeriti na novu poziciju ili ostati na staroj (Rimpoče, 2009). Zapravo, ne verujem da postoji „stara” pozicija, ma koliko na nju podsećala. Sve što postoji u svakom narednom trenutku je novo i počiva na nasleđu onoga što je nepovratno prošlo. Otuda nastaje odgovornost za življenje u svakom trenutku. Neponovljivost onoga što je „sada i ovde” biće primećena kada uđe u fokus. Ako spustim pogled na bazične potrebe, možda ću videti njihovu pravu vrednost. Ako ih ugledam, postoji šansa da prihvatom promenu. Prihvatio, ne prihvatio, snosiću odgovornost. Ako propustim priliku da prepoznam značaj svakog trenutka nisam kriv, ali jesam

odgovoran. Niko sa sigurnošću ne zna šta je „iza krivine” i zbog toga ne može da bude kriv. Krivica nije ni rešenje ni odgovor, već predstavlja potencijalno sputavajući osećaj kroz doživljaj vlastite neadekvatnosti.

Pacijenti sa kojima sam razgovarao često su na sopstvene greške iz prošlosti gledali odgovorno. Bilo je i onih koji nisu bili kadri da se sretnu sa ranijim ulogama i posledicama neadekvatnog življenja, među kojima bih izdvojio S.R. (1933.).

S.R. se odavno razveo, imao je kćerku o kojoj nikada nije vodio računa, živeo je u selu sa sve manje komšija i svake godine je bio bespomoćniji. Nikada nije radio „za stalno” tako da nije ostvario pravo na penziju. Ipak, S.R. nije osećao krivicu zbog svega toga. Na kraju krajeva šta bi dobio ako bi, pored svega što mu nije išlo u prilog, osećao i krivicu? Zar nije dovoljno to što je bio bespomoćan? Ipak, ni jednog trenutka nije negirao da je odgovoran za to što kćerka neće da čuje za njega, što nema nikoga ko bi mu doneo ni čašu vode ili što nikoga ko bi mu pomogao nije očekivao na vratima stale u kojoj je živeo. On je prihvatio odgovornost što znači da nikoga nije optuživao ili dovodio u kontekst vlastitog teškog života. To što nije video da životna snaga prolazi i da postaje sve zavisniji od drugih sasvim je dovoljan teret za njegovu dušu, ali i lekcija. Njemu i meni. I tebi. Umesto osude kojoj smo skloni, koja nikako neće pomoći ni „sudiji” ni S.R., čini se uputnjim pogledati vlastitu poziciju kada je reč o prolaznosti. Pri tome ne mislim da je moguće „nacrtati” budućnost i vlastitu starost, ali je osvećivanje prolaznosti sasvim dovoljan iskorak prema redefinisanju liste prioriteta. Kamen temeljac sopstvene starosti postavlja se znatno ranije.

Šta mi je?

Pacijentkinji L.J. (1932) dugujem zahvalnost za razmišljanje o ovoj temi. Bez onoga što je nastalo u radu sa njom ovo poglavlje nikada ne bi bilo napisano.

L.J. je bila zdepasta starica sićušnog dlana. Leva ruka joj je amputirana. Bolovala je od melanoma koji je metastazirao. Bio je oktobar 2015. kada sam prvi put došao do njene dvokrevetne sobe u kojoj je bila smeštena sa R.G. (1930). Spavala je. Bolest se videla na prvi pogled što zbog velike žute kraste na desnoj strani lica, što zbog ućebane kose, prirodne posledice dugog ležanja. Petnaestak minuta kasnije bila je budna. Predstavio sam se i pitao da li je raspoložena da razgovaramo. S obzirom na njeno veoma teško zdravstveno stanje bio sam uznemiren pred onim što sam video. Očni kapci su joj bili opterećeni žutom, gustom sluzi zbog čega ih je držala poluotvorenim. Teško se fokusirala, ako je uopšte bila usredsređena. Imala je jake bolove u leđima. Proteza u gornjoj vilici kao da je bila neproporcionalno velika u odnosu na ostatak lica. Rukom se držala za ogradicu kreveta bezuspešno pokušavajući da se za koji milimetar pomeri na stranu. Tiko je ječala. Prvo što sam osetio bila je potreba da čutim, da je dovoljno da budem tu za nju. Sa rečima treba znati, a ja sam u tom trenutku bio potpuni neznanica. Na kraju krajeva, šta bi takvoj pacijentkinji, koja nije obaveštена o dolasku psihologa i kojoj možda razgovor sa psihologom ništa ne znači, mogla da pomisli kada joj kažem: „Ja sam tu zbog tebe, da ti pomognem onoliko koliko budem mogao“. Umesto toga čutao sam čekajući da se nešto desi.

I desilo se kada je L.J. nakon neuspešnog pokušaja okreta na bok tražila da pije vode. Prvi razgovor tada je počeo upoznavanjem sa njenim životom. Izabrala je da mi priča o roditeljima i odrastanju. Šuškala je dok priča, tiko je izgovarala reči što je zahtevalo moju potpunu koncentraciju. Nakon što me upoznala sa roditeljima i životom koji je živila, što je sa prekidima potrajalo gotovo

tridesetak minuta, pitao sam je o bolesti. Okrenula je glavu na stranu i pokazala mi je crni mladež. Nastavila je da govori jedva čujno opisujući život kojim je živela. Nisam sve razumeo a iznenađivalo me kada bi se jedva čujno nasmejala, posebno kada je pričala o svom pokojnom mužu. Taj osmeh sam više razaznavao po drugačijem izrazu lica nego po zvuku. Prijalo joj je da se seti i da govori o tom vremenu.

Nekoliko puta tražila je od mene da joj pomognem da ustane, da prošeta. Želja za stajanjem na nogama i potreba za makar jednim korakom visoko su se kotirale na njenoj listi prioriteta. Nije prihvatala nemoć, ali nije se bunila, nije negodovala. Prihvatile je objašnjenje da „doktorka ne dozvoljava ustajanje“ zato što je slaba na nogama. Usudio sam se da joj pomognem da sedne na ivicu kreveta, iako sam znao da bi to moglo da dovede do neželjenih posledica. Tek tada sam video da joj je leva ruka amputirana petnaestak centimetara ispod pazuha. Neka jeza prostrujala mi je kroz stomak. Detaljno upoznavanje sa stanjem pacijenta pre nego se psiholog ili psihoterapeut sa njim sretne ne može da šteti. Naprotiv. Sedenje na ivici kreveta merilo se sekundama i onda bih je vratio na krevet. Par minuta kasnije ponovili bismo istu proceduru.

Oko dva sata nakon prvog razgovora, kada je smireno govorila o svojim roditeljima, poljoprivredi kojom su se bavili nakon oslobođenja 1945, i onome što se dešavalo do rođenja njenog sina koji je sada živeo u Beogradu, ponovo smo razgovarali. Izgledala je uplašeno.

Pitao sam je da li se oseća uplašenom. Odgovorila je brzo i odrečno, kao da me nije slušala. Pitala me veoma razgovetno iako šuškavim glasom, razgovetnije nego tokom prvog razgovora:

„Šta je meni? ... Šta se ovo događa? ... Šta mi je? ... Ja ne znam šta mi je?“

Između rečenica je postojala pauza od par sekundi. Gledala me je jednim, jedva otvorenim okom, drugo je bilo suzno i gotovo u potpunosti zatvoreno. Ipak, imao sam osećaj da i tako limitiran vizuelni kontakt prodire duboko u mene. Imao sam osećaj da je njen lucidnost natprirodna s obzirom na stanje u kojem je bilo telo. Nisam bio siguran da li zna dijagnozu i karakteristike bolesti. To što mi je pokazala mladež koji se možda raširio u melanom nije značilo da je bila upoznata sa karakterom ili svim simptomima bolesti. Odgovorio sam joj da je teško bolesna misleći da će time dati dovoljno dobar odgovor. Razmišljanje me je vodilo od metastaza na mozgu do ponovljene zapitanosti da li zaista zna dijagnozu. Bilo kako bilo, i jedno i drugo predstavlja nepotrebno razmišljanje od kojeg pacijent nema koristi.

I dalje me je gledala jednim okom i video sam da joj je jako važno da prebrodi ovaj trenutak zbunjenosti, straha ili kakvog god osećaja koji je mučio:

„Znam da sam bolesna ali šta je ovo?... Pomozite mi!... Zašto mi ne pomognete?“ Njeno lice nije se pretvorilo u molečivi vapaj već u odlučno insistiranje. Bio sam na granici da joj saopštim dijagnozu ali sam se zadržao shvatajući pogrešnost takvih misli. Odluku o tome donosi tim a ja se nisam konsultovao sa drugim članovima, uključujući sina.

“Ne mogu da vam pomognem drugačije do razgovorom”, rekao sam kao da sam se izvinjavao.

Osećao sam se nemoćnim, ali ne i nedostojnim. Bilo mi je drago zato što sam bio iskren prema njoj. Kao da sam vežbao prisutnost posmatrajući nju, sebe i svoje stanje, kao i međuodnos i ono što

smo zajedno kreirali. Ipak, lagao bih kada bih rekao da me sledeća, gotovo automatski i sasvim drugačijim glasom izgovorena rečenica nije izmestila iz tog posmatranja.

“Možeš, ali nećeš!”, rekla je obrativši mi se sa “ti” prvi put.

Ove reči su zazvonile u mojoj duši. Zaslužuju da budu zabeležene između ostalog i zbog toga što psihološka podrška u palijativnom zbrinjavanju predstavlja niz aktivnosti koje se zasnivaju na komunikaciji sa sobom, svojim emocijama i telesnim signalima. “Možeš ali nećeš”, odzvanjalo je u meni. Osetio sam kao da mi je mozak preopterećem mislima i slikama. Plamičak krivice pojavio se pa se ugasio, iskra neadekvatnosti je zasjala u sivilu moje zapitanosti, pa je mrva zadovoljstva komunikacijom tako bila osvetljena. Setio sam se sna u kojem sam gledao četiri ogromne vodene nemani smeštene u mojoj podsvesti i jednog zdepastog T-reksa koji je stajao na ledu iznad njih, setio sam se psihoterapijskog rada sa dr Lidjom Pecotić o tom snu i njenog pitanja:

“Šta bi se desilo kada bi mogao da uspostaviš kontakt sa njima?”

Odgovorio sam da se bojim da kažem, jer je nemoguće, jer je bogohulno.

“Kada bih se sa njima spojio kao da bih dobio ogromnu snagu, da i mrtve podižem”, rekao sam stidljivo.

Da li ovu grandioznost pročitati kao narcizam ili narcistički poremećaj, ili se uzdržati od dijagnostikovanja i sačekati “spajanje” sa nemanima nesvesti radi razumevanja pravog značenja? Bilo je tu još pitanja, slika i mojih strahova. Salata od psihe u trenutku koji je pokrenut pacijentkinjim pitanjem “Šta mi je?”, koje nije izlazio iz moje glave, sobe, bolnice.

Jasno mi je da ove reči nisu bile upućene meni već svima koje je Lj.J. prizivala: od Boga, psihičkog polja, čovečanstva, lekara, pa tek onda mene. Nemir koji se tada jasno video na njenom licu i čuo u tihim jecajima, u tim skupljenim, mirnim i jedva čujnim uskim usnama, bio je podgrevan nepoznavanjem stanja u kojem se nalazila. „Šta mi je?”, nije moglo da dovede do mira. Saznavanje dijagnoze nije samo zakonsko i etičko već i pitanje komunikacije među svim članovima tima uključujući pacijenta.

Odgovor na ovo pitanje je neophodno kako bi pacijent uspostavio kontakt sa sobom. Na kraju krajeva, Hristos, kojem možda na prvi pogled nije mesto u ovom tekstu, nije radio ništa drugo nego vraćao ljude sebi! Bilo da su podigli kamen da ubiju ženu uhvaćenu u preljubi, kada im je rekao da kamen baci prvi koji nije sagrešio, bilo da je odgovarao farisejima na optužbe, kada ih je podsećao na ono što su već od njega čuli, bilo kada je odgovarao Marti koja se žalila što joj sestra Marija ne pomaže nego kod Hristovih nogu sluša ono što priča, rečima: “Marta, Marta, brineš se i uznemiravaš za mnogo, a samo je jedno potrebno”. Ili kada je Petru rekao da će ga, dok petao tri puta zakukuriče, tri puta izdati. Vraćanje sebi je u suštini poznatog stiha iz jevanđelja: „Ljubi bližnjeg svog kao samog sebe!“ Vraćanje sebi! Vraćanje svojim prioritetima s vremena na vreme značiće da se prioriteti redefinišu. Kako se baviti drugim ako prethodno nisam sobom? A kako se baviti sobom ako se stalno bavim drugima?

Lj.J. me je nateralala da se pitam tu pred njom: „Šta mi je?“ I tada, u tom razgovoru u kojem pacijentkinja nije mogla da se vrati sebi jer nije znala šta joj je, osim da je veoma, veoma bolesna, sazrelo je pitanje na koje sam tražio odgovor. Pitanje glasi:

„Šta psiholog zapravo podržava palijativno zbrinjavajući pacijenta?”

U tom pitanju kriju se razlozi zbog kojih palijativno zbrinjavanje doživljavam u širem kontekstu, van isključivo terminalnih faza bolesti. Na ovo jednostavno pitanje: „Šta psiholog podržava?” postoji odgovor i svaki psiholog i psihoterapeut će ga naći pre nego što se upusti u ovaj veoma odgovoran posao. Druga pitanja su jednostavnija. Na primer, na pitanje: „Koga psiholog podržava?”, odgovor bi bio „pacijenta, članove porodice i druge članove tima”, a neutralizacija patnje je odgovor na pitanje ŠTA psiholog radi. Ali šta podržava?

B. Crtica o listi prioriteta rada psihologa u palijativnom zbrinjavanju

Odgovor na pitanje: „Šta psiholog podržava u palijativnom zbrinjavanju?” na vrhu je liste prioriteta za rad u ovoj oblasti. Ono je nametnuto zbog potrebe da psiholog stalno drži oči otvorene na nepristrasnosti u ulozi pomagača u procesu vraćanja ili povezivanja pacijenta sa sobom. Čovek nije jednostrano biće i pacijent nije samo bolesnik, nije samo star, nije samo sin, otac, majka, sestra, niti je samo tužan, usamljen i uplašen. Psiholog ima zadatku da pomogne u pokretu bolesnika do određene „destinacije” duše, onoliko koliko pacijent to može, bez stapanja sa njim ili njegovom bolesti, porodicom, stanjem ili nečim drugim. U suprotnom može se dogoditi da psiholog, iz najbolje namere, uđe u ulogu koju ne može da nosi. Ne bi bio ni prvi ni zadnji pomagač koji bi nehotično ušao u ulogu Boga. Ako bi bilo šta drugo uradio, pre ili kasnije bi shvatio pogrešnost. Na primer, ako podržava život, što je verovatno želja svih članova tima, u kojoj ulozi je psiholog tokom terminalne faze bolesti? Da li tada podržava život suprotstavljajući se smrti? Iz koje uloge to radi?

Čini se smislenim reći da će odgovor na pitanje: „Šta psiholog podržava?” zavisiti od faze bolesti, jer se palijativno zbrinjavanje proteže od saopštavanja dijagnoze, preko lečenja i terminalnih faza bolesti, pa do perioda žalovanja kada psiholog podržava članove porodice. Takođe, podrška će zavisiti i od psihičkog stanja pacijenta. Intervencija psihologa može biti različita tokom lečenja jer se, na primer, nakon saopštavanja dijagnoze može zasnivati na zdravstvenoj psihologiji čija karakteristika je podrška lečenju (Lukas Radbruch et al., 2009). Prva definicija SZO iz 1990. godine kaže da „palijativna medicina afirmiše život, a umiranje smatra normalnim procesom” (WHO, 2002). Smrt se posmatra na istoj ravni kao i život, neodvojiva je od života, i njegov je sastavni deo (EAPC, 2009). Ovo je značajno zbog izjednačavanja intervencija koje za cilj imaju afirmaciju života, iako je umiranje normalan proces. Važna je dužina života, ali je kvalitet važniji. Zahvaljujući tome i odgovor na pitanje „šta psiholog podržava”, bez obzira na različite faze lečenja, stanja pacijenta i druge razlike, imaće jedan odgovor.

Želja svakog člana tima je neutralisanje patnje bez obzira na stepen ugroženosti zdravstvenog stanja pacijenta, pod pretpostavkom da je bolest njen uzrok. Prihološka patnja je polje rada psihologa od početka palijativnog zbrinjavanja. Kada bi čovek bio u stanju u svakom trenutku da živi u „sada i ovde”, što podrazumeva svesnost, psiholozi bi imali korektivni zadatak. S obzirom da nije tako, zadatak psihologa sastoji se u podizanju svesnosti pacijenta do prihvatanja onoga što je u „sada i ovde” uz širenje pogleda na sve od čega se „sada i ovde” sastoji. U prvom periodu, od saopštavanja dijagnoze preko lečenja do trenutka kada lečenje daje ili ne daje rezultate, aktivnosti psihologa usmerene su na podršku prihvatanju lečenja.

U drugom periodu, kada kurativno lečenje više ne daje rezultate, psiholog podržava pacijentovo prihvatanje realnosti i potrebu za pravovremenom pripremom za kraj što može da znači sumiranje životnih rezultata. U slučaju L.J. to je bilo dobro prihvaćeno, kao i u slučaju E.R. (1935) koji je bolovao od melanoma. E.R. je prihvatio moju podršku u mirenju i pozdravljanju sa suprugom prema kojoj nije bio blag još od venčanja. U braku su proveli gotovo 50 godina. Supruga mu je praštala iako je trpela stalno vređanje i omalovažavanje. Na taj način kao da ga je puštala od sebe dozvoljavajući mu da ode u kakvom takvom miru. Pokazalo se da je E.R. taj koji nije mogao da pusti suprugu jer sebi nije oprostio ružno ponašanje. Treće nedelje nakon dolaska u bolnicu bio je u soporu i nikada neću saznati da li nepuštanje i nepratnje sebi ima veze sa tim stanjem kvantitativno sužene svesti. Iako nesvestan, u patnji je umirao dve nedelje. Bio je nalik lešu koji je disao, koža mu je pucala na leđima, krvarele su mu desni, a lice se pretvorilo u lobanju sa izbačenim zubima presvučeno sivom kožom. Dok je mogao da govori bilo je jasno da nije prihvatio i sebi oprostio sopstveno ponašanje. Njegova supruga je dan pred njegovom odlazak kroz suze projecala:

„Jeste, bio loš prema meni ali ovo nije zasluzio, ovo ni neprijatelju ne bih poželela!“

Veoma važno iskustvo u vezi sa prhvatanjem imao sam sredinom marta 2016. godine. Ovim radom više nego u dosadašnjim primerima ilustovaču potrebu psihologa da ostane na granici kontakta bez obzira na prihvatanje ili neprihvatanje odgovornosti od strane pacijenta, bez obzira da li se pacijentovi prioriteti podudaraju sa psihologovim.

U JPZ je stigao DŽ.D. (1970). Dijagnoza mu je bila G71 ili „primarni poremećaj mišića“. Bio je mršav, crne kose koja mu je opadala u pravilnom krugu tako da je na temenu bio potpuno čelav. Nije mogao da govori, glasne žice bile su van funkcije. Glas koji je ispuštao bio je potpuno prigušeni šapat koji se teško razaznavao. Tokom našeg prvog razgovora bio sam prinuđen da zatvorim vrata od sobe kako bih ga bilo šta razumeo. Njegova percepcija realiteta bila je potpuno očuvana kao i operativna i kristalizovana memorija. Nije mogao da hoda. Pacijenta sam prilikom prvog susreta razumeo veoma malo. Razaznao sam da je iz obližnjeg sela, da ima mlađu sestru, da su roditelji živi, da se nije ženio i da nema vanbračne dece. Razumeo sam i to da se bolest pojavila pre oko godinu i po i da je brzo napredovala, kao i da se nije sećao nekih većih trauma iz detinjstva. Ništa više. Na kraju sam ipak razumeo da će njegova sestra nešto kasnije da dođe u posetu.

Par sati kasnije sestra je došla i mi smo ponovo razgovarali, ovaj put prvo sa sestrom. Ponovio sam ono što sam razumeo iz prethodnog razgovora i pitao je u vezi sa mogućim traumama koje je DŽ.D. doživeo u najranijem detinjstvu. Potvrdila je da takve traume nije bilo i da im je detinjstvo bilo veoma lepo.

„Bio je malo razmažen, ali su roditelji bili dobri i blagi prema nama“, rekla je.

Ni u adolescenciji nije bilo problema, zdravstvenih, materijalnih, a ni u socijalizaciji. Sve je bilo gotovo idilično osim što se kasnije nije oženio. Ipak, bilo je jasno da tu nešto nedostaje. Konačno, upitao sam da li je imao neki problem, životni izazov ili neprijatnost u periodu od tri do pet godina pre nego što se bolest ispoljila. Pogledala me je i gotovo uzviknula:

„Da, jeste!“

Naime, DŽ.D. je pre nešto više od četiri godine svu ušteđevinu uložio u automobil kojim je želeo da taksira. Prvo veče nakon kupovine napio se i na putu od Vrnjačke Banje ka Trsteniku slupao ga je.

Sa njim je slupao ušteđevinu, posao pa i snove o budućem životu. Do dana našeg susreta sebi nije oprostio. Kao da se život zaustavio te noći, a telo kao da je odigravalo ono što se dogodilo u noći nesreće: odustalo je od motorne snage, pokreta, odustalo je od mišića. Kao da nije prihvatio da život ide dalje. Pogledao me širom otvorenih očiju. Čelo mu se zacaklilo od znoja zbog očiglednog stresa na ono što je čuo. Pitao sam ga da li je sebi oprostio, na šta je slegao ramenima i jedva razumljivo, više po pokretanju usana nego po glasu koji je pravio, razumeo sam da je rekao:

„To je prošlo.“

Sestra je takođe bila zbumjena ali i zapanjena pred logikom koja je bila očigledna ali koja se nije mogla materijalno dokazati. Pacijent je kasnije izgledao kao da je ostao zakucan u ono drvo u koje je udario autom. Analogija između prirode njegove bolesti i saobraćajne nesreće bila mu je jasna ali je nije stavljao u direktnu vezu. Ostao sam na svojoj granici poštujući pacijenta i njegov stav iako je izgledalo da njegova psiha, a zatim i telo, postepeno odbacuju sve od sebe. Pitao sam ga da li bi mogli da probamo psihoterapijski eksperiment koji sam u par reči objasnio. Prihvatio je da vidimo da li će se nešto dešavati, da li će se u telu pojaviti bilo kakva senzacija ukoliko zamislimo da je auto flašica jogurta koju će odbaciti. Pokušaj oslobođanja nije dao nikakve rezultate. Ali je eksperiment uspeo jer je pacijent PRIHVATIO da zadrži odgovornost. Rastali smo se sa željom da se uskoro ponovo vidimo i nastavimo sa radom. Iako u teškom stanju, izgledao je životno.

Te večeri oko 19 sati Dž.D. je preminuo. Pre nego nas je napustio zamolio je sestru da izađe iz sobe rekavši joj da će umreti. Definitivno je bio spremam da ode i to se desilo. Tiho i bez patnje. Prihvatanjem odgovornosti pacijent je odlučio da nas napusti i to se desilo u miru, bez panike, užasa ili agonije.

Iz prethodnih ali i brojnih drugih primera iz prakse čini se da je **prihvatanje** odgovor na pitanje „šta psiholog podržava?“. Prihvatanje dijagnoze zbog lečenja, prihvatanje lečenja i svega što to podrazumeva, prihvatanje promene navika, prihvatanje uspešnosti/neuspešnosti lečenja, prihvatanje komplikovanja bolesti, prihvatanje zaokruživanja života ili prihvatanje skorog kraja. Ili sva ova i prihvatanja - to je posao psihologa u palijativnom zbrinjavanju, to psiholog podržava.

4. Strah od poznatog i strah od nepoznatog

Četvrta tema teksta je "puštanje" ili "strah od nepoznatog". Da li sam sposoban da "pustim" prošlost i sebe u prošlosti, da li sam, i koliko, jak da "budem", sa svim onim sadržajima koji su u "sada"? Put u ovu temu vodi nas ka očekivanjima. Što je veći sukob "očekivanja" i "mogućnosti", to je veća kriza, pa samim tim i opstajanje onoga što je prošlo (Jeknić P., 2012). Nepuštanje pojačava krizu. Veliki broj kriza nastaje u pokušaju zadržavanja onoga što je spremno da bude zamenjeno. U tome se stvara napetost, kao na primer između adolescenta i roditelja, ali je moguće da se opstaje i u pasivnosti prema onome što je predmet nepuštanja. Kao loš brak u kojem oba supružnika opstaju iako je zreo za rekonstrukciju u bilo kom obimu. Iz nekog razloga nisu spremni da se, ili da ga, puste ili da se prepuste promeni.

Zamislite drvo koje odbija da pusti lišće u jesen. Smrznuće se kada dođe prvi mraz. Zamislite cvet koji odbija da pusti krunične listiće. Kako će nastati plod? Značaj cveta je u plodu, a ne u njegovoj lepoti. Ma kako lep, cvet postoji zbog ploda koji ima drugačiju lepotu i značaj. Kao da je reč o plesu estetike i funkcionalnosti što naravno ne znači da estetika sama po sebi nije funkcionalna. Značaj i funkcija ploda je u semenu i tako u krug. Značaj života je u onome što sledi, a ne u onome što ima tendenciju da pošto-poto opstaje u "sada", iako postoji samo ono što je "sada". Ono što se dešava "sada" nam je poznato, ono što dolazi nije. Tako dolazimo do "straha od nepoznatog" što je, kako se nameće, suština "straha od smrti". Čitav život vežbamo "umiranje" ali, s obzirom da se smrt i bolest dešavaju „nekom drugom”, i da kroz nestanak sopstvenih "starih uloga" prolazimo gotovo neprimetno, obično propustimo priliku da prepoznamo i pounutrimo cikličnost. Više o ovome će biti reči u „Crtici o strahu od smrti”.

Puštanje stare i prihvatanje nove uloge ilustrovaču delom životne priče Italijana Aleksa Zanardi, nekadašnjeg vozača Formule 1, koji je osvojio zlatnu medalju u bicikлизму na paraolimpiskim igrama u Riju 2016. godine i to na 15-godišnjicu udesa posle kojeg je ostao bez nogu. Zanardi je tada imao 49 godina i već osvojene dve zlatne medalje iz Londona 2012. godine. On je ostao bez nogu u Nemačkoj 2001. godine kada je preživeo težak udes vozeći trku „American Memorial 500 CART”. Posle odvajanja zlatne medalji na paraolimijskim igrama Zanardi je izjavio:

„Srećan sam. Osećam da je moj život privilegija. Na mestu gde je Olimpijski stadion, nekada je bila trkačka staza na kojoj sam osvojio prvu pol-poziciju... Za romantika kakav sam, to je zaista posebno”, rekao je Zanardi.

U ovom, kao i u brojnim drugim slučajevima, nije reč o predaji ili borbi nego o nepuštanju i puštanju stare uloge. Jer, uzaludna je borba ukoliko ne pustimo ono što je bilo. Nepuštanje se manifestuje rutinom ponašanja i sećanja.

„Čak je i ta nesreća koja mi se dogodila postala najveća prilika u mom životu. Sve što sada radim povezano je sa situacijom u kojoj sam se našao. Samo je potrebno da shvatite u kakvoj ste situaciji, gde želite da idete i da se fokusirate na uspeh. Bez obzira da li su male ili velike stvari u pitanju, sve se može postići korak po korak”, rekao je Zanardi (RTS, 2016).

Prilika, to je čarobna reč.

Za razliku od ovog primera, o utiscima iz prošlosti pacijenti uglavnom imaju negativni komentar. Retki su koji na raniji život gledaju pozitivno. Dolazeći u JPZ sreću sam se sa originalnim izazovom koji karakterišu kratkoča vremena intervencije, nepoznavanje uloge psihologa i koncepta palijativnog zbrinjavanja od strane pacijenata i to u stranim, bolničkim uslovima. U takvim okolnostima, ukoliko pacijent ne trpi telesnu bol, pokušavao sam da fiksiram doživljaj na "sada i ovde". Shodno tome, sa pacijentom sam nastojao da dođemo do stava da je svaki od ranijih događaja tek jedna sličica koja unosi svoju specifičnu nijansu u čitav kolorit života, ali ne može da ga u potpunosti oboji ako mi to nećemo. Ni jedna! Makar kako značajna epizoda bila! Čak i trajnije epizode, kao što su ratovi, smrt ili komplikovanje hroničnih bolesti najbližih ne mogu obojiti čitav život ako u sebi nađem pobudu da se setim i onih lepših epizoda.

Loši periodi mogu potamneti opšti utisak i, bez svake sumnje postati prekretnica, orijentir ili na drugi način izrečen značajni trenutak. Ukoliko me makar jedna misao drži u prošlosti dok prolazim kroz neku novu situaciju koju mozak pročita kao „poznatu”, ta misao je sposobna da oboji sadašnjost utiscima iako joj ne pripada, i da izazove različite posledice među kojima je i sprečavanje napredovanja. Ovo se dešava zahvaljujući transferu iskustava. Tada ću u novoj situaciji nositi hipoteku stare. Misao koja me drži u prošlosti obeležena je emocijom koja je nastala za vreme tadašnjeg dešavanja. U zavisnosti od intenziteta, emocija iz prošlosti može da preokrene doživljaj sadašnjosti, u ekstremnim situacijama do neprepoznavanja.

Pored „nepuštanja”, drugi problem razumevanja i osvećivanja konačnosti, u kojoj ćemo se sresti sa strahom od nepoznatog, odnosi se na percepciju vlastite uloge i trajanja. Osim onoga što sam o konačnosti govorio u drugom poglavlju „Radost, 'sada i ovde' i konačnost”, vredelo bi pomenuti paradoksano neosećanje postojanja i značaja predaka za ono što smo mi sada. Drugim rečima, kao da nemamo ni početak ni kraj.

Reakcija na prolaznost onoga ko nije naučio da pusti prošlost i ko nije prihvatio sopstvenu konačnost, je strah. Psiholog koji se bavi palijativnim zbrinjavanjem svakodnevno će se susretati sa strahom i njegovim derivatima. Pacijentovim i sopstvenim. Kako bi Ivo Andrić rekao:

„Možda je u početku bilo i drugih motiva, ali danas je glavni strah. Od straha su ljudi zli, surovi i podli, od straha su darežljivi, čak i dobri.”

Strah je urođena reakcija na preteći ili bolan stimulus, primarna emocija koja je genetski određena (Starčević, 2009). Strah izaziva neprijatnu senzaciju usled opažanja ili očekivanja zamišljene ili stvarne opasnosti. Upravo zato strah je prijatelj i čuvar jer je u stanju da fokusira osobu prema opasnosti koja ga izaziva. Da ga nema ne bi znali za opasnost, što ne znači da ona ne bi postojala. Samim tim odgovor na opasnost često bi bio neadekvatan, a njen izazivač ugrožavajući. Strah nas drži u bezbednoj zoni pa i u Svetom pismu стоји да је „početak mudrosti strah Gospodnji” (Izreke 1,7 i Psalam 111,10) Suprotno tome, preplavljujući strah je destruktivan a nastaje u uslovima nemogućnosti adekvatnog suprotstavljanja njegovom uzročniku sa ciljem očuvanja prethodnog stanja.

U susretu sa teško obolelim osobama u zadnjim fazama bolesti od koristi mi je bilo znanje o strahu. Inače, kada je reč o pojmovima, njihovom značenju i primeni u praksi, primetio sam da dijagnostikovanje i prepoznavanje pojedinih simptoma može odvesti u zbruku. Za psihologa u palijativnom zbrinjavanju pojmovi kao što su apatija, strah, stres, anksioznost, agnozija, paranoja,

agonija i drugi nemaju isti praktični značaj kao u klasičnoj kliničkoj psihologiji. U susretu sa pacijentima primetio bih dominantno stanje koje je sam poredio sa prostorom za sidrište brodova. Ako je pacijent napet, sve što bi pričali karakterisalo bi napetost, makar u razgovoru otišli u najranije detinjstvo odakle bi uglavnom izvlačili iskustva koja u sebi sadrže napetost. Retki su primeri koji su bez moje intervencije pričali o iskustvima drugačijeg karaktera.

Iako svaki pojam ima svoju primenu, od najvećeg praktičnog značaja za psihološki rad su bili pojmovi „strah” i „agonija”.

Strah je životna konstanta koja se može transformisati u zavisnosti od spremnosti i sposobnosti osobe koja ga oseća i snage onoga ko ga izaziva. Iskustvo nas uči da su brojni strahovi nestali kada smo se suočili sa njima, a da su neki drugi, kada već nisu nestali, izgubili na snazi.

Jedno od pitanja koje sam među prvima postavljao u susretu sa pacijentima u JPZ je da li i čega se plaše? Nisam ga postavljaо svakom pacijentu, uslov je bio da je pacijent svestan, komunikabilan i da ne trpi telesnu bol bez obzira na stadijum bolesti. Svega nekoliko pacijenata je reklo da se boji dok je većina bila izričita da ne oseća strah, da je njihovo „prošlo” ili su drugim rečima svedočili da su spremni da nas napuste. Ipak, svaki trenutak je drugačiji i niko sa sigurnošću ne može da tvrdi da mu se neće desiti upravo ono što u ovom trenutku ne oseća, ono što negira ili ono za šta je ubeđen da mu se „nikada” ne može desiti. Dešavalо se da u par sati pacijent pređe iz naizgled potpunog mira u gotovo parališući strah.

Drastičan primer bila je pacijentkinja V.S. (1962). Početkom maja 2016. došla je u JPZ gde je smeštena zbog odmora porodice. Sa mužem je živela u ljubavi, bili su u višedecenijskom braku. Imali su tri kćerke, pristojnu materijalnu situaciju i uslove za mirnu, lepu starost. Karcinom pluća je sve uzdrmao. V.S. je po prirodi bila vesela osoba, veoma radna i posvećena domu i porodici. Pričala mi je o ranijem životu, o tome kako je upoznala svog muža i kako je odlučila da pređe iz Crne Gore u Srbiju.

„Moj muž je običan radnik, ali taj čovjek ima veliku dušu. Ne bih ga mijenjala ni za jednog drugog”, govorila je sa žarom u očima, kao da su se tek upoznali.

Do pojave bolesti najveću životnu gorčinu pretrpela je nakon gubitka posla. Nakon tog događaja organizovala je i uređivala svadbe. U drugoj polovini razgovora koji je trajao oko sat vremena pomenula je mlađu kćerku koja je povremeno imala epileptične napade. Rekla je da se brine zbog njenog zdravstvenog stanja i zamolila me da sa njom razgovaram kada dođe u posetu. Prethodno je rekla, a zatim tonom i bojom glasa potvrdila da se ne boji vlastite smrti.

„Imala sam lijep život, pun ljubavi, pun sadržaja! Nemam za čime da žalim.”

Par sati nakon našeg razgovora upoznao sam K.S. o kojoj mi je pacijentkinja govorila. Visoka, lepa devojka duge tamne kose stajala je pored kreveta očigledno pokušavajući da zadrži plač. Pozdravili smo se, rekao sam joj da sam sa njenom majkom razgovarao, da mi je pričala o njoj i da je ponosna što ima takvu kćerku, kao i da veruje da će sve biti u redu. Poljubile su se. Izašao sam iz sobe a petnaestak minuta kasnije video sam K.S. naslonjenu na zid u hodniku kako se oslanja rukama na kolena. Bila je gotovo paralisana bolom. Savio sam se, gotovo čučnuo da bi nam se pogledi sreli.

„Kako si?”, pitao sam je.

Ćutala je par trenutaka a onda tiho rekla:

„Ako ona umre, umreću i ja.“

Razgovarali smo par minuta, najviše o tome što je osećala. Bila je puna tuge i straha. Zapravo, sve vreme su tuga i strah govorili iz nje. Nisam bio siguran da li je tužnija ili uplašenija. Toliko je bilo straha da mislim kako me nije ni čula ni razumela. Imala je 21 godinu. Vezanost za bolesnu majku nije joj dozvoljavala da se pribere. Tek na pitanje:

„Da li bi tvoja majka želela da te vidi jaku i stabilnu?“, reagovala je tako što se uspravila.

Nije odgovorila ali je, skrećući pogled, obrisala suze. To sam video kao mogućnost da čuje ono što joj želim reći. Video sam koliko joj je teško i to sam joj rekao kao i da je osećam, i da je ljubav koju oseća prema majci divna, da pleni i da je njena majka srećna što je ima. Ostali smo još par minuta u pokušaju da razgovaramo o tome kako bi konkretno mogla da pomogne sebi i bolesnoj majci. Kao da je bila svesna da sakrivanje emocija neće doneti dobro, kao ni prepuštanje emocijama, ali nije bila u stanju da se kontroliše. Šok i neverica faze su u procesu tugovanja o čemu će nešto više reći biti u šestom poglavlju.

Ono što me je uznemirilo odnosilo se na polje koje sam osetio između majke i kćerke. Njihov konfluentni odnos najavljuvao je mogućnost ugrožavanja majčine psihičke stabilnosti. Majka, kao očigledni stub kuće koji je bio uzdrman, nije mogla da se odbrani od kćerkine panike i užasa. V.S. i ja smo se tog dana rastali njenim rečima:

„Vidimo se, ali sledeći put kod mene na piću.“

Sedam dana kasnije po dolasku u JPZ odmah sam došao kod V.S. Taj izraz lica neće brzo nestati iz mog sećanja. Novinar sam bio 15 godina na ratnim i posleratnim područjima nekadašnje Jugoslavije, bio sam zatvaran, doživeo sam dosta teških trenutaka i sretao različite sudbine radeći na slučajevima optuženih za ratne zločine, sretao sam se sa žrtvama torture, pričao sa osobama koje su svedočile o užasima rata. Tvrdim da nikada ranije, ni u vreme najtežih događaja u Hrvatskoj, BiH i na Kosovu nisam sreo osobu na čijem licu je bilo više straha nego tog dana u JPZ u Vrnjačkoj Banji. Pacijentkino okruglasto lice pretvorilo se u paralisani bledi izraz sa ustima otvorenih u „O“, izbačenih očiju zamrznutog pogleda. Oslovio sam je imenom i pitao kako je. Jedina rečenica koju mi je tog dana rekla bila je:

„Izgleda da nećemo popiti piće.“

Očuvana memorija govorila je da je svesna ali da se dešavaju drugi procesi koji podsećaju na kvalitativni poremećaj svesti. Ipak, ovde od koristi nije bila podela poremećaja svesti nego znanje o oblicima straha. Fiksirala je pogled u jednu tačku, usta i čitavo lice bili su u istom položaju, kao i čitavo telo. Nije reagovala ni na dodir. Nekoliko minuta kasnije pitao sam je da li se boji? Potvrđno je blago klimnula glavom. Pokušaj da dobijem odgovor na pitanje: „Čega se bojiš?“, ostao je samo pokušaj. Kao i sva druga pitanja koja sam postavio a koja su se ticala bolova, poseta, pa čak i pitanje koje se odnosilo na njenu kćerku. Tog dana proveo sam oko tri sata pored njenog kreveta sa čestim pauzama. Hodao sam hodnikom pitajući se kako mogu da joj pomognem. Bio sam obuzet osećajem neadekvatnosti. Doktorka Vanja Balšić prolazila je kroz odeljenje:

„Šta je psiholože, što si se uznemirio?”, pitala je u šali.

Zamolio sam je da dođe do sobe u kojoj je ležala V.S. tiho rekavši, da me pacijentkinja ne bi čula:

„Ovakav izraz lica na kojem se vidi ovoliko straha nikada ranije nisam video! Ne znam kako da joj pomognem.”

Tog dana sam se ponovo, po ko zna koji put bavio sopstvenom efikasnošću i rezultatima psihološkog rada u palijativnom zbrinjavanju. Susret sa sopstvenim neznanjem nije prijatan, ali sam ipak srećan što sam ga osvestio. Osetio sam se tako malim pred užasom koji je V.S. osećala, nisam znao šta da uradim, kažem ili pomislim što bi dalo rezultat. Kontratransferni grč i napetost u praznini bili su tako jaki da sam na kraju mogao samo da je držim za ruku osećajući se nesposobnim za bilo šta drugo sve dok nije došlo vreme da odem sa odeljenja. Kao da je moja paralisanost i neadekvatnost prema njoj zapravo predstavljali osećaj koji je V.S. imala prema kćerki.

Lice na kojem su pred užasom smrti i strahom za kćerku satima usta bila u obliku slova „O” a njegova boja i nepomičnost gotovo voštani, ostali su mi urezani u sećanju. To lice kao da nije imalo nikakve dodirne tačke sa onom veselom V.S. od pre par dana. Kao da su se otvorila do tada blindirana vrata u psihi kroz koja je pokuljao autentični strah. Ko može da mu se suprotstavi? Da je ovde u pitanju strah od umiranja i smrti, pokušao bih da se sa njim sretнем. Međutim, uzajamno nepuštanje majke i kćerke blokiralo me, što je samo kontratransfer onoga što one osećaju.

Po nekim teorijama, strah je jedna od šest osnovnih emocija (Nenadović, 2004). Međutim, kada strah poraste van konteksta iskustvenog doživljaja, tada može da dobije svojstva koja ugrožavaju funkcionisanje ličnosti, kao što je to bilo kod V.S. Negativni osećaji kreću se u rasponu do straha do užasa i to po sledećem principu:

- strah se javlja kada se pojavi opasnost za koju naše nesvesno proceni da može da ga pobedi ili izbegne,
- panika, ukoliko nesvesno nije sigurno da li može da izbegne opasnost, i
- užas, ukoliko je naše nesvesno sigurno da ne može da izbegne opasnost.

Ovom opisu treba dodati agoniju, borbu sa smrću. Ona može da prethodi postepenom smrtnom ishodu, a karakteriše je pomućenje svesti uz odsustvo reakcije pacijenta. Neki pacijenti u agoniji imaju očuvanu svest i tada jedva čujno i teško razumljivo izgovaraju reči.

Strah je po evolucionističkim teorijama osnova odbrane koja je tokom razvoja civilizacije imala ulogu u borbi za opstanak. Osim očiglednih pozitivnih osobina, u praksi se strah može naći u nekim od najupornijih i najčešćih psiholoških disfunkcija, kao što su anksiozni i panični poremećaj, fobije, opsessivno-kompulsivni poremećaj, socijalna fobia/anksioznost i posttraumatski stresni poremećaj (Kaličanin, 2002). Svi poremećaji sugerišu da je postojao okidač za izbacivanje osobe iz „bezbedne zone”.

Strah od smrti, ili nepovratne disolucije bića, urođeni je strah. Paradoksalno je to što je ovo iracionalni strah jer je u njegovom središtu ne nalazi iskustvo jer ga нико nije doživeo da bi o njemu svedočio. Osim što je sigurno da će jednom nastupiti, smrt se ne nalazi u ličnom iskustvu. Strah od smrti postaje na neki način racionalno prihvatljiv tek kada se uključi transgeneracijska povezanost ali

se ovo, kao ni brojni drugi fenomeni u vezi sa smrću, trenutno nije moguće dokazati. Čini se smislenim strah od smrti rasčlaniti na dve celine: strah od smrti i strah od umiranja.

Smrt, ili bio-psihosocijalna disolucija, je trenutak iza kojeg iskustveno nismo doprli. Taj „prostor“ nalazi se u domenu vere. Strah od smrti bi u stvari bio strah od nepoznatog, strah od ništavila. Umiranje je nešto sasvim drugo, to je vremenski određen period koji će obeležiti određene senzacije.

Strah od umiranja je strah od poznatog. Zato neću preterati ako ga nazovem „strahom od života“. Ovaj strah se manifestuje na različite načine, a podstiče ga otpor prema promeni. Strah od umiranja ima svoju racionalnu dimenziju zbog koje predstavlja izazov za psihološki teoretski i praktični rad. Strah od umiranja jedna je od najkonkretnijih i najtežih oblika straha, ali je u isto vreme nedovoljno obrađena tema bez obzira na njen značaj.

A. Crtica o strahu od umiranja ili strahu od poznatog

Krajem septembra 2015. godine na Klinici za pulmologiju Kliničkog centra Srbije održao sam predavanje o Komunikaciji u palijativnom zbrinjavanju u okviru akreditovanog međunarodnog kursa „Palijativno zbrinjavanje u teoriji i praksi – bazični kurs“ (A-1-2017/15). Bio sam jedan od šest predavača, jedini psiholog. Primarijus dr Natalija Samardžić i ja radili smo tokom leta na pripremi dokumentacije za akreditaciju seminara kojim smo, uz podršku i saglasnost direktorice Klinike za pulmologiju KCS prof. dr Dragane Jovanović u obuku za palijativno zbrinjavanje po prvi put u Srbiji uključili veći broj psihologa okupljenih u sekciju „Dragan Vukotić“ Društva psihologa Srbije.

Odlučio sam da predavanje započnem na neobičan način. Publiku, koju su većinom činili zdravstveni radnici pitao sam neprijatno, tabuizirano pa i glupo pitanje:

„Kako biste žeeli da umrete kada za to dođe vreme?“

Ovo pitanje izazvalo je komešanje praćeno osmehom i podsmehom koji je više govorio o zbumjenosti. Kada sam ga ponovio i zamolio za odgovor, doživeli smo tišinu od petnaestak sekundi. Ko bi očekivao takvo pitanje na seminaru? A opet, ima li logičnijeg pitanja u okviru bazičnog kursa o palijativnom zbrinjavanju? Tokom trajanja tištine čekalo se da neko progovori i na taj način prekine neprijatnost koja se u vazduhu osećala. Mlađi lekar sa desne strane sale oglasio se rekavši da bi voleo da to bude „noću, u snu“. Uvaženi učesnici seminara različitim komentarima saglasili su se da bi „željena“ smrt bila u snu, bez bola, muke, prethodne ili trenutne patnje, bez nošenja pelena ili na bilo koji drugi način doživljene zavisnosti od tuđe nege i pomoći. Dobio sam očekivani odgovor. Ovo pitanje postavljao sam ranije u različitim okolnostima i dobijao gotovo isti odgovor.

Međutim, ako su posle prvog pitanja učesnici seminara čutali određeno vreme, posle drugog su čutali barem sekundu duže. Pitao sam:

„Kako bi se osećali vaši najdraži ako bi vam se želja ispunila?“

Kako se pripremiti za smrt? Svoju ili svog bližnjeg. To mogu samo oni koji svakodnevno sa njom žive, oni koji se smrti ne boje na isti način kao druge osobe.

U decembru 1999. godine bio sam pozvan na proslavu kod oca Mate Palića, katoličkog sveštenika u Janjevu, opština Lipljan na Kosovu. Bila je to prilika da se bar za trenutak pobegne od teške

kosovske svakodnevice. Bilo nas je dvadesetak, došao sam sa koleginicom iz Zagreba Dijanom Redžepi. Bogata trpeza, hrvatska muzika, dobro raspoloženje. Tih dana su na Kosovo iz Mostara stigli demineri iz jedinice „Mungosi“ čiji zadatak je bilo čišćenje obeleženih minskih polja. Pored mene sedeo je jedan od njih, krupan čovek visok gotovo dva metra. Večerali smo, nazdravljali, pričali o Mostaru i Bosni iz koje sam na Kosovo stigao četiri meseca ranije. Pitao me je čime se bavim, šta radim na Kosovu?

„Novinar sam, radim za RFI.“

Pogledao me je iskosa, nasmejao se i veoma odlučno rekao vrteći glavom:

„Ne bih ti ja radio taj posao nikada, mnogo je stresan.“

Čovek koji „sedi na bombi“ svaki dan, kaže mi da ne bi radio moj posao zbog stresa? Zanimljivo! Kroz smeh sam mu odgovorio:

„U mom poslu barem postoji popravni!“

Pitam se, da li bih bio zahvalniji i zadovoljniji životom ako bih svaku šetnju ili odlazak za posao, svako leganje u krevet i popijeni gutlijaj vode video kao poslednji? Šta ako jednom ne budem imao popravni? Zato je pitanje nagle smrti, one na koju nikako ne mogu da se pripremim, veoma složeno.

„Priprema“ podrazumeva zaokruživanje života u celinu i obavezno posmatranje svega što nam se dešava u širem kontekstu. Ovo posmatranje sa jedne strane znači osvešćivanje karaktera iskustava sticanog tokom čitavog života bez vezivanja za bilo koje izdvojeno iskustvo. Sa druge strane, „širi kontekst“ obuhvata pretke čiji smo naslednici, kao i sve one rođene i nerođene potomke. Mi smo samo trenutno svesna tačka životnog kontinuma koji se prenosi kroz vreme i prostor i koja ima čast da objedini duhovno, duševno i telesno biće u jedinstveno telo originalnog karaktera. Zato mislim da napuštanje ovog života na neki način zahteva pozdravljanje sa onima koji ostaju iza nas. Neverovatna slučajnost je što sam baš ja rođen i što baš ja živim pa sam ubeđen da i sam život zaslужuje da se od njega pozdravim kada za to dođe vreme. Iznenadna smrt znači odlazak bez pozdrava.

Iznenadna smrt ne poznaje dugo umiranje i patnju zbog čega su učesnici seminara rekli da bi želeli smrt u snu, bez bola, i tako dalje. Nije dovoljno da to bude bez patnje i tokom dana, dok su svesni, nego je strah od umiranja i od smrti učinio da se učesnici seminara odgovorima o času smrti sklone u san, u drugi svet, svet nesvesnog, kao najprihvatljiviji oblik prelaska.

Iskustvo umiranja izaziva strah od poznatog. Tokom života stekli smo iskustvo u vezi sa patnjom. Šta je to u svesti što zazire od kraja? Šaljivo rečeno, možda je problem svesti to što je nesvesna svoje plitkoće i prave vrednosti sebe same i života koji živi?

Ni jedna smrt nije prijatna onima koji ostaju. Iako život nije „prijatno mesto“, lep je i neponovljiv . Hedonizam je smisljen kako bi zadovoljstvo i prijatnost prevagnuli, ali je pitanje da li se to zaista dešava. Kada je reč o palijativnom zbrinjavanju treba obratiti pažnju na Epikurov hedonizam koji je komplementaran ideji palijativnog zbrinjavanja.

Za Epikurov hedonizam kaže se da je „produhovljeni“ jer u postizanje zadovoljstva uvrštava dušu. On smatra da su duševni bolovi teži od telesnih, jer telo pati samo zbog sadašnjih bolova, a duša podnosi i prošle i sadašnje, a možda i buduće bolove. Ono što je identično filozofiji

palijativnog zbrinjavanja je to što epikurejci pod zadovoljstvom podrazumevaju odsustvo telesnih bolova i duševnog nespokojsztva. Po njima „priјatan život pruža samo razum koji kritički procenjuje razloge za biranje ili odbacivanje mišljenja. Pogrešna mišljenja predstavljaju glavni uzrok za pojavu duševnih zbrka i nespokojsztva“ (Wikipedia, 2015) sa čim će se, ako ovo mišljenje prebacimo u palijativno zbrinjavanje, psiholozi susresti. Maksimalna priјatnost pacijenta u datim uslovima zadatak je tima za palijativno zbrinjavanje. Dakle, psiholozi će se podrškom baviti biranjem ili odbacivanjem mišljenja pacijenata radi postizanja najviše moguće priјatnosti. Ovo „biranje“ nije ništa drugo do prihvatanje.

Umiranje možemo shvatiti kao niz promena koje dovode do transformacije jednog u nešto sasvim drugo. Tokom života promenili smo mnoge uloge. Mnogo toga je „umrlo“ da bi nastalo nešto novo, kao što je mnogo toga zaglavljeno u našem nesvesnom u formi „nezavršenih poslova“ koji u „sada i ovde“ žive i javljaju se u obliku simptoma. Spermatozoid je umro da bi jajna ćelija bila oplođena, seme umire da bi nastala nova biljka, tkivo između prstiju fetusa umire da bi nastali prsti. I tako dalje. U ovom slučaju nije važno to što je umrlo nego je važan proces promene ili umiranje. Iz perspektive kontinuiteta, uvek je ono što nastaje važnije od onoga od čega je nastalo.

Takođe, važne su sve posledice frustracija koje su dovele do fiksiranja energije koja će se kasnije manifestovati kroz simptome psihičke nestabilnosti. Sasvim je logično da će, na primer, trauma odvajanja od majke u periodu od 11. do 15. meseca života ostaviti posledice na bebu i da će strah od odbacivanja tokom života tražiti da bude raspetljан. Ako u tome uspem, na dobitku sam. Ako ne uspem, tada postoji verovatnoća da će boravak u bolnici zadnjih dana života doživeti kao samoću i odbačenost, a samim tim nezadovoljstvo životom. Ivo Andrić je rekao:

„Cijelog vijeka se liječimo od nesretnog djetinjstva.“

Bezbrižno dete umrlo je u procesu formiranja deteta sa školskim obavezama. Stasanjanje u pubertetu značilo je da će prošla uloga biti zamenjena novom. Odlaskom na fakultet ili na posao počeo je život jednog, a prestao život drugog mladog čoveka u istoj koži. Nestanak ne mora biti potpun jer nekadašnje uloge mogu oticiti na neko niže hijerarhijsko mesto. Važan deo redefinisanja hijerarhije uloga je iskustvo koje je nastalo. I tako do zadnjeg prelaza sa ovoga sveta u nešto drugo. Život karakterišu promene. Promene su svojstvo života. Razvojne krize nisu prijatne, ali su potrebne jer iskustvo nastaje na veoma specifičan i određen način (Jeknić P., 2010). Razvojne krize možemo uporediti sa umiranjem.

Kvalitet razvojne krize može biti vrednovan kao dobar i loš, pozitivan i negativan, lep ili ružan, lak ili težak, ali na kraju je bitan samo rezultat i stečeno iskustvo kao i prepoznavanje vlastitih potencijala.

Strah od umiranja učiniće da se u pojedinim trenucima osetimo veoma slabim kada se pojavi pomisao na patnju. Umiranje u patnji simboliše bespomoćnost, a ona podstiče beznadežnost. Zbog toga strah od umiranja u patnji možemo nazvati strahom od beznađa. Nemoć i bolest česte su karakteristike starosti, a nekada je to zavisnost od drugih, patnja i bol koja se proteže do perioda umiranja. U takvim okolnostima gubitak nade može postati dominantni osećaj koji je u pojedinim situacijama dovoljno jak da utiskom može obojiti završnicu života. Ipak, sa povećanjem broja obolelih od karcinoma, kao i sve češćim kardiovaskularnim problemima populacije srednjih godina, patnja i umiranje više nisu isključivi problem starih.

Ukoliko pogledamo malopre pomenutu skalu u kojoj se strah menja u zavisnosti od toga da li je opasnost saladiva ili ne, tada bi strah od umiranja, kao nesavladivog problema, kod većine izazvao osećaj užasa. Ovo je sasvim dovoljna ilustracija da bi se opisala težina rada psihologa u palijativnom zbrinjavanju. To takođe znači da bi psiholog zaista morao biti uključen u rad sa pacijentom od saopštavanja dijagnoze kako bi predupredio užas u terminalnim fazama. Umiranje u užasu je iskustvo koje se teško razume, ako ga je uopšte moguće razumeti. Svi oni koji su umrli pred nadolazećom opasnosti bez obzira na način, umrli su u užasu. Beznađe je racionalno obrazloženi stub užasa.

Ako bi se odnos prema smrti pomerio ka savladivom, onda bi užas devalvirao u paniku ili samo u strah. Utoliko je važnije ponovo pomenuti Hrista i njegovu pobedu nad smrću u šta hrišćani veruju. Nije u našoj moći da se borimo protiv smrti ali je umiranje onih koji su religiozni i koji zaista veruju u Hristovu zamenu, lakše. Pomenuo sam Lj.K. koja je čitala Bibliju, naročito 23. Psalm. Čemu inače služi „poslednja pomast”? U Jakovljevoj poslanici je rečeno:

„Boluje li ko među vama, neka dozove starešine crkvene, te neka čitaju molitvu nad njim, i neka ga pomažu uljem u ime Gospodnje. I molitva vere pomoći će bolesniku, i podignuće ga Gospod; i ako je grehe učinio, oprostiće mu se.” (Jakov 5,14.15.)

Ovo pripremanje tela i duše može se prepoznati u palijativnom zbrinjavanju. Pomenuti „greh“ u psihološkom smislu ne predstavlja ništa drugo do „nezavršeni posao“ ili mesto koje fiksira dušu podstičući patnju. Udruženim snagama duhovnici i psiholozi mogu pomoći pacijentu da mirnije uđe u završnu fazu života kakav poznajemo.

Nemam iskustvo umiranja od bolesti, ali imam iskustvo beznađa. Tokom rata u BiH bio sam u Sarajevu u kućnom pritvoru godinu i po dana, od jula 1992. do Nove godine 1994. Bio sam u beznadežnoj situaciji svakodnevno očekujući mogući kraj bez obzira da li će me do njega odvesti snajperski ili puščani metak, geler granate ili nož nekog branitelja Sarajeva iz reda paravojnih i parapolicijskih formacija nekog od lokalnih komandanata. O tome sam pisao u knjizi „Čovek je ono što od njega ostaje“. U predgovoru te knjige uvaženi psihometričar prof. dr Petar Kostić, komentarišući tekst izdvojio je tri faktora uspešnog prevladavanja beznađa. Nazvao ih je datost, delatnost, duhovnost (Kostić, 2008).

Datost ili „sada i ovde“

Karakteristika datosti, ili kako smo je ovde nazvali „životom u ‘sada i ovde’“, je prihvatanje situacije onakvom kakva ona jeste. Kidanje veza sa onim što je nestalo, kao što je zdravlje, sposobnost, mir i stabilnost, bolan je proces koji će trajati određeno vreme i u kojem će se dešavati proces tugovanja i žalovanja kroz nekoliko etapa od kojih je prihvatanje poslednja (Kjubler-Ros, 2010). Opširnije o tugovanju i žalovanju biće u 6. poglavljtu. Što je moguće brži dolazak u „sada i ovde“ ma kakva da je sadašnjost, brže će doći do stabilnosti. Da bi se to dogodilo potrebno je prepoznati i integrisati elemente sadašnjosti koji nisu prijatni i koji pobuđuju strah. To je još jedan razlog zbog kojeg bi vredelo uključiti psihologa u palijativno zbrinjavanje od trenutka saopštavanja dijagnoze. Ukoliko se to vreme ne utroši uzalud nego se sa pacijentom radi na prihvatanju „sada i ovde“, osnovano je prepostaviti, iako istraživanje nije rađeno, da rastu šanse za uspešno lečenje.

Od brzine centriranja osobe u „sada i ovde“, odnosno od brzine puštanja stare, zavisi prihvatanje nove uloge. Zavisne ličnosti, osobe opterećene „nezavršenim poslovima“ i sve druge osobe koje se afektivno jače vezuju, teško „puštaju“ ono što je prošlo. A možda se upravo zbog toga razboljevaju?

Svako držanje za prošlu ulogu, koje se po nekim izvorima naziva „prijanjanje“ (Rimpoče, 2009), predstavlja faktor fiksacije zahvaljujući kojem je onemogućen ili otežan protok energije. Bez toga neće biti spontanog prelaska figure u pozadinu ni izlaska nove figure (Yontef, 1990).

U životu nikada nismo imali jednu ulogu: bili smo u ulozi đaka, sina, brata, druge, bicikliste, muzičara i ko zna u kojim još. Jedna je dominirala, druge su bile u pozadini. Umiruća osoba, ona koja ide ka smrti, ima mnogo manje uloga a u nekim slučajevima samo jednu, ulogu bolesnika.

Delatnost

Tek kada je datost, ili svestost o „sada i ovde“ prisutna, delatnost može da bude u potpunosti sprovedena u skladu sa novonastalim okolnostima. Delatnost podrazumeva sticanje iskustava u vezi sa aktuelnim okolnostima. Promena načina ishrane, navika i drugih životnih rutina tada postaje moguća i dovešće do nekih rezultata. Ako ništa drugo, osoba će biti u miru sa sobom jer je učinila sve što je do nje. Delatnost prilagođena onome što se dešava u „sada i ovde“ govori o zrelosti, unutrašnjoj snazi zasnovanoj na motivisanosti i sposobnostima ulaska u novu ulogu bez obzira na težinu koju oseća, bez obzira na snagu prethodne uloge.

Duhovnost

Treći element uspešnog prevladavanja straha od umiranja ili beznadežnosti je duhovnost. Traženje odgovora u racionalnom korpusu ideja i postupaka prilikom sticanja novih iskustava često ne daje rezultate. Nedostatak vremena, strah i agresivnost koji dolaze iz sredine otežavajuće su okolnosti za pacijenta. Duhovnost ima za cilj da podstakne podršku u prevladavanju beznadu bez stvaranja lažne nade koja bi postala dodatni teret ionako opterećenom pacijentu. Buđenjem duhovnih kapaciteta ličnosti snaga straha od umiranja biće smanjena. Duhovnik nije slučajno uvršten u tim za palijativno zbrinjavanje. Smrt je sastavni deo života i ona uopšte nije tema rada psihologa u palijativnom zbrinjavanju. Umiranje jeste. Važno je uvek iznova ponavljati da je „psihologija“ u stvari nauka o duši. Znanja su ograničena ali duša nije ograničena našim znanjima o duši. Autentično prisustvo psihologa za pacijenta i duhovnost koja neće dobiti obredno-ritualni oblik, mogu pomoći pacijentu da ostvari preko potreban mir. Suština duhovnosti je u miru, u „sada i ovde“, bez obzira na zdravstveno ili koje drugo stanje.

B. Crtica o strahu od smrti

Ako je strah od umiranja, koji smo povezali sa strahom od beznadu u stvari strah od patnje koja nam je na neki način poznata, onda se strahom od smrti bio-psihosocijalnog bića može nazvati strah od nepoznatog. Pacijent u nekom trenutku bolovanja može da prihvati smrt kao konačni kraj ovozemaljskog života. Na žalost, prihvatanje takve smrti i činjenica da joj niko nije umakao nije dovoljna da bi strah nestao. Ono što se događa u i nakon trenutka smrti ostaće do daljnog tajna, pa samim tim će ovaj strah ostati iracionalan. Nezamislivo se ne može dokučiti. Suprotno tome, umiranje je moguće obuhvatiti svešću o prethodnoj i sadašnjoj ulozi koju imamo u životu.

Ako je iskustvo potpune disolucije nepoznato, mnogo puta smo se tokom života sreli sa vlastitim smrću. Pitanje je da li bi promene uloga nazvali „smrt“ i da li smo je osvestili, a ne da li se dešava. Često kada se želi istaći potpuna promena, čujemo:

„To više u meni ne postoji, umrlo je.“

Postojaо je trenutak u umiranju svih prethodnih uloga koje smo živeli, trenutak od kojeg te uloge nisu dalje postojale onakve kakve su ranije bile nego su nastajale nove. Ni jedna uloga nije nastala odjednom, niti se prethodna trenutno završila. Postojaо je proces nestanka stare i nastanka nove uloge. Ali trenutak u kojem je jedna prešla u drugu, momenat između nastanka i nestanka ima analogiju sa smrću. Nešto slično trenutku između udaha i izdaha. Taj trenutak obeležen je potpuno drugačijim sadržajem, ako uopšte ima prepoznatljiv sadržaj. U psihoterapijskom procesu, kada želimo klijenta da vratimo u „sada i ovde” obično ga pitamo da li je svestan vlastitog disanja. Pitanje postavljamo zato što je disanje proces koji se dešava u „sada i ovde” i najlakše ga je osvestiti. Kroz svesnost o disanju osvećuju se život i smrt. Tu nema nikakvog spektakularizma, kao što ga nema ni u samoj smrti. Trenuci smrti prate nas od rođenja, sa svakim izdahom. Otuda dolazi prilika za svakodnevno „Memento Mori”!

Važno je pogledati u promenu uloga igranih tokom života, njihovom nastajanju i nestajanju. Promena je dokaz života, život se manifestuje u promeni. Takve promene često obeležavaju rituali.

Rituali

Rituali nisu ništa drugo do inicijacija u novu ulogu. Na primer, dete predškolskog uzrasta postalo je đak prvak predajom dokumenata, a priredbom je inicirano u ulogu učenika. Nešto slično dogodilo se upisom na fakultat nakon čega je svečanom dodelom indeksa svršeni srednjoškolac iniciran u studenta. Venčanje je ritual inicijacije u brak za koji su nevesta i ženik ranije dali pristanak. Rođenje deteta praćeno je proslavom koja nije ništa drugo do inicijacija u člana porodice, a krštenje je ritual ulaska u hrišćansku zajednicu nakon što je kršenik prihvatio da bude deo te zajednice raskinuvši sa dotadašnjim životom. U svačijem životu mnogo je rituala koji neprimetno prolaze. U današnje vreme ima mnogo ljudi koji se u novi dan iniciraju riatalom ispijanja prve jutarnje kafe.

Prepoznavanje je preduslov osvećivanja i prihvatanja smisla rituala. Pojedini rituali gube smisao i nestaju, a nastaju novi. Obeležavanje Nove godine takođe je ritual, kao i rođendan, u kojem se obeležava završetak jedne i nastanak nove kalendarske ili godine života. S obzirom na to da novogodišnje rituale i slavljenje čitavog 1. pa i 2. januara, jasno je da oni ne predstavljaju ništa drugo do inicijaciju u kojoj je trpeza bogatija, odeća svečanija, raspoloženje lepše - baš kao što želimo da nam bude u toj godini. I sahrana nije ništa drugo do ritual i inicijacija. Gledano kroz istoriju, sahrane i grobnice zauzimale su važno mesto u životu svakog naroda. I danas su važne, ali sa drugačijom svešću o značaju.

Uopšteno govoreći, trenutak prelaska iz jednog u drugo ma šta „jedno” i „drugo” bili, nije ništa drugo nego smrt „jednog”.

Radeći u JPZ u Vrnjačkoj Banji video sam kako su neki pacijenti u strahu od nepoznatog produžavali agoniju. Imalo je i onih koji su bili spremni. Na primer, takve osobe bi vađenje krvi za analizu dočekivali rečenicom:

„Pustite me, nemojte više da me mučite”.

Tog petka 19. februara 2016. godine načelnik Specijalne bolnice za interne bolesti dr Živorad Đorđević rekao mi je da na odeljenju kardiologije leži pacijent kojem je potrebna pomoć. I zaista, tog dana sam u više navrata jasno čuo potmulo i produženo „jaaaaaaaaa” u nepravilnim razmacima koje je dolazilo sa sprata, iznad JPZ. Na koronarnom odeljenju bio je dr Zoran Čeperković koji me je uputio u

stanje S.R. (1961). Srce mu je radilo svega 10% zbog čega su mu udovi otekli. Pacijent odavno nije za operaciju i doslovno se čekao trenutak smrti. Vikao je često i mnogo jače nego što se mislilo da je u stanju, s obzirom na gotovo potpuni nedostatak snage. Slika koju sam video bila je teška: pacijent leži na boku, ogromna šaka leve ruke prebačena je preko ogradiće kreveta, oči na pola otvorene sa zenicama većim delom ispod očnih kapaka, poluotvorenih usta iz kojih je, osim pljuvačke koju nije mogao da proguta, izlazio prodoran zov. Ispod pokirvača izvirivalo je ogromno stopalo. Ne sećam se da sam već ikada video. Otoci su bili takvi da je bilo pitanje kako uopšte živi.

Seo sam na stolicu pored ne skidajući pogled sa njegovog lica. Više sam čutao nego što sam imao šta da kažem. Banalno sam ušao u pokušaj razgovora. Pitao sam: „Kako ste?”, kao da to nije bilo očigledno. Nisam bio siguran da li me čuo i razumeo. Iznenadujuće kratko i jasno je odgovorio: „Nikako!”, i odmah nastavio:

„Hoću da umrem, hoću da umrem, hoću da umrem, hoću da umrem...”

Ponavljaо je istu rečenicu dosta puta. Uhvatio sam ga za šaku, ponovio ono što je rekao i pitao:

„Šta te sprečava?”

Podjednako razgovetno, mada vidno naprežući se odgovorio je:

„Ne mogu, ne mogu, ne mogu da umrem, ne mogu da umrem...”

Prisustvovao sam agoniji koja je bila finale umiranja dugog, kako mi je dr Čepercović rekao, oko dva meseca. Na trenutke pacijent se gubio glasno prizivajući po imenu sina, zatim sestru i na kraju suprugu. Odazivao sam se na svako od izgovorenih imena govoreći da sam tu i da je sve u redu, da se ne brine. Nastavljaо je da zaziva jedno po jedno i tek nakon više od pola sata usudio sam se da mu iz uloge sina kažem:

„Slobodno idi, sve je u redu. Sa svima će sve biti u redu.”

Nije prošlo ni deset minuta sin je zaista došao. Pitao sam ga za dozvolu da mu objasnim svoje razmišljanje o uzroku velike patnje njegovog oca koju sam prepoznavao u nepuštanju života i pojedinih osoba koje su taj život obeležavale, među kojima je sin na prvom mestu. Zapravo, kao da niko nikoga nije puštao: ni sin oca, ni otac sina. Nepuštanje je nesvesna radnja koju karakteriše nepostojanje vlastitih psiholoških granica, njihovo probijanje i trajnije ostajanje u polju koje nije naše. Povratkom u svoje polje dolazi do opuštanja.

Takođe, rekao sam mu da to ne mogu dokazati i da je to samo moja prepostavka, ali da pozdravljanje i priznanje onoga što je otac značio u njegovom životu može pomoći uspostavljanju očevog kakvog takvog mira i, na kraju, puštanje.

„Porodične konstelacije”, čije osnivač je nemački psihoterapeut Bert Hellinger, predstavlja jedinstveni pristup iscijeljivanju koji je fenomenološki usmeren na svedočenje „onoga što jeste”, i sistemski pristup fokusiran na rešenja za dobrobit svih u porodici. Priznavanjem i zahvaljivanjem članu porodice za ono što je učinio i što je značio oslobođamo tanane niti lojalnosti koje neprimetno upravljuju našim životima, srećom, zdravlјem. Ovo ne znači oslobođanje od sećanja već od uticaja (Pecotić, 2011). Kroz vlastiti psihoterapijski rad sam shvatio da sam i dalje lojalan mlađem bratu kojeg sam izgubio kada sam imao godinu i tri meseca. Umro je krajem aprila 1969. godine nakon

tromesečne borbe sa maminim antitelima. Umesto da radim ovaj posao zato što me nesvesne veze „teraju” da zauzmem njegovo mesto, osvestio sam i voljno ga prihvatio odajući poštu bratu priznajući i poklanjajući se njegovoj patnji.

Sin me je gledao ne razmišljajući o mojim rečima već o tatinom miru što je na glas prokomentarisao. Već neko vreme bio je svestan da otac umire, veoma teško je podnosio njegovu patnju i kao da je bio na neki način spremjan za smrt koju je delom svog bića video kao oslobođenje od patnje, a drugim delom kao nenadoknadiv gubitak. Taj „drugi deo” držao ga je u neraskidivoj vezi, a manifestovao se kroz brižljivo pojene oca, brisanje usta, umivanje vlažnom maramicom i čestim prisustvom pored očeve postelje. Govorio mi je o njemu i njihovoj vezanosti i upućenosti jednog na drugog, o tome kakav je otac „dasa bio”, da je znao da živi, ali i da se brine za njega.

Kada sam osetio da bi bilo moguće, i uz izvinjenje, pitao sam ga da li bi mogao tati da dâ dozvolu da ga napusti nakon što mu kaže koliko ga voli i koliko mu znači i da ga nikada neće zaboraviti. Bio je to pokušaj rituala oprاشтавања (pozdravljanja). Mladić je razumeo da puštanje oca ne znači izdaju već odraz najveće ljubavi. Rasplakani dvadeset sedmogodišnjak pozvao je tatu. On se prenuo, pogledao istim onim poluzatvorenim očima i njihov kontakt je počeo. Sin je govorio ono što je osećao. Bilo je veoma emotivno slušati sina koji govorи oцу koliko ga voli, koliko mu znači i kako će uvek biti u njemu. Nikada neću saznati da li je i na koji način S.R. to čuo, da li je razumeo i šta je to u njemu izazvalo. S.R. nas je napustio narednog dana.

U slučaju S.R. radilo se o fiksiranim emocijama koji je pokretno različite nivo straha. Kada je reč o metodologiji rada sa pacijentima koji su na sličan način fiksirani, bilo bi značajno poslušati šta je Aristotel govorio (Lazić, 2014).

Njegova glavna rasprava o emocijama sadržana je u knjizi „Govorništvo” u kojoj se bavio praktičnim pitanjima: kako iznositi uverljive argumente, naročito kada se govorи o praktičnim pitanjima? U puno slučajeva nije sigurno u šta treba verovati i što treba učiniti. Po Aristotelu, moramo da se potrudimo da dosegnemo istinu uverljivim argumentima, a tu su primenljiva tri opšta načela.

Prvo, slušalac će lakše poverovati dobroj nego lošoj osobi. Sin je svakako dobra osoba za oca, barem ovaj je bio.

Dруго, ljudе ćeмо uveriti ako ono što kažemo uzburka njihove emocije što se u malopređašnjem primeru dešavalo iako je nejasno koliko je otac mogao da čuje i razume ono što je sin govorio.

Treće, ljudе ćemo uveriti argumentima koji su blizu istini, ili očiglednoj istini u nekoj stvari što se u ovom slučaju desilo: i sin i otac nisu imali dileme da li je smrt bolja od života u patnji izazvanoj bolešću i strahom od smrti (K.Oatley, J.M. Jenkins, 2007). Sve pomenuto može se razumeti kao deo rituala oprаштавања koji je za posledicu imao mirniji odlazak iz života.

Nisu sva umiranja teška niti su svi rituali isti. Pojedini pacijenti su poslednje dane proveli planirajući do detalja svoju sahranu, od izbora zvanica, sveštenika, odela i cipela do raspodele imovine i molbi o onome što bi želeli da se sa pojedinim vrednostima uradi. Ima pacijenata koji su u zadnjim trenucima pevali pesme hvale Bogu držeći se mišlju za Onoga ko je pobedio smrt.

Z.R. (1945) koja je penziju stekla u inostranstvu, odlučila je da svoje zadnje dane provede u rodnom kraju. Doputovala je sa zetom, bila je smeštena u JPZ. Odavala je utisak uredne, organizovane, ali i oštре gospođe. Bolovala je od leukemije. Bolest je uzela maha. U pojedinim trenucima govorila mi je kako su je u bolnici u Kraljevu „vezali žicom koju su provukli kroz potkolenicu, iznad čukljeva.“

„Pitala sam ih zašto to rade? Samo su me odgurnuli i bacili na krevet. Zašto su me mučili?“, bila je njena priča u tim trenucima.

Kada bi te epizode prošle, pričala mi je sasvim lucidno o nekadašnjem poslu i životu u stranoj državi, o njegovoј težini do koje je doveo prekomerni posao. Imala je kćerku, jako je volela, unuku i divnog zeta. Bolest se brzo razvijala i već sledeće sedmice gotovo neprestano je spavala. Medicinske sestre su mi rekле da je pozvala sveštenika da je ispovedi. Ritualu je prisustvovao samo zet. Kasnije mi je pričao da mu je Z.R. rekla kako da organizuje sahranu, koga da zove, a koga ne. Bila je detaljista, obraćala je pažnju na sve. Ovaj svet napustila je tiho i u miru mada je nosila mnogo gorčine zbog prevelikog izgaranja i emocionalne neostvarenosti. Živila je život bez partnerske ljubavi i podrške. Z.R. je jedna od nekoliko osoba koja mi je na direktn način potvrdila da se čuvam, koliko to mogu, takvog života.

Jedan od primera prihvatanja smrti i puštanja života, koji je za posledicu imao miran odlazak, bila je N.N. koja je u JPZ primljena krajem avgusta 2016. godine. Prilikom prvog obilaska i pozdravljanja sa pacijentima video sam telo pokriveno čaršafom u sobi broj 2. Medicinske sestre su mi rekle da je gospođa N.N. primljena prethodnog popodneva i da je tokom noći preminula. U istoj sobi bila je pacijentkinja P.Lj. (1930) koja nije bila teško bolesna, ali joj je trebao mir. Odmah nakon pozdrava pitala me je:

„Šta je sa ovom?“, pokazujući prstom preko leđa ka krevetu na kojem je ležala pokojna N.N.

Rekao sam da je umrla. Bakica se zaustavila, pogledala me i rekla:

„Sinoć, ne znam koliko je sati bilo, samo što se nisam uspavala ona me je zvala. Javila sam se, a ona će ti meni 'Zbogom i doviđenja, ja ču noćas da putujem'. Pogledala sam je i pitala 'Gde ćeš da putuješ?' a ona će ti meni: 'Da umrem, noćas ču da umrem.' I evo je, umrla je u snu. Kako bih ja volela tako da umrem! A mučila se, deset godina se lečila od raka.“

Zaista, treba znati kada se povući, kada je dosta borbe i kako pokupiti emocije u pripremi za smrt. Stekao sam različita iskustva, radio sam sa onima koji su govorili kako jedva čekaju da umru ali su ipak živeli u strahu nemoćni da se sa njim izbore, radio sam sa onima koji nisu znali da li se boje ili ne, a radio sam i sa onima koji se nisu bojali, a o tome uopšte nisu ni govorili. Ovi poslednji, kao što je bila N.N, otišli su tiho, u miru, sami. Verujem da je umiranje kruna iskustva života u kojem sve naše mudrosti pokažu da li su i koliko istinite i funkcionalne.

Intervencija

Smrt je sastavni deo života koji može biti zastrašujući. Rekosmo da se užas javlja u susretu nesvesnog sa po život opasnim, nesavladivim problemom. Prema tome, smrt može izazvati užas zbog čega religija, pored psihoterapije, dodatno dobija na značaju.

U psihoterapijskom radu osmislio sam nekoliko eksperimenata u kojima sam se bavio klijentovim strahom od smrti i smrću kao fenomenom. Jedan od onih koje sam primenjivao u grupnom radu nazvao sam „Sekundara”.

Eksperiment se sastoji iz tri dela, po strukturi reč je o vođenoj fantaziji. Pre eksperimenta klijenti zauzmu udoban položaj sa oba stopala na zemlji i rukama na rukohvatu ili drugoj udobnoj poziciji. Zamišljena situacija je da su klijenti sekundare na satu neposredno pred Novu godinu.

Prvi deo eksperimenta počinje tako što klijenti zatvore oči obraćajući pažnju na disanje bez njegovog menjanja. Fokusiranje na disanje traje desetinu do dvadeset sekundi koliko je okvirno potrebno da se klijenti vrate sebi i osete mir.

U prvom delu eksperimenta do Nove godine ostalo je 30 sekundi. Instrukcija glasi:

„Vi ste sekundara. Na svakih 10 sekundi ću vam reći koliko je ostalo do ponoći. Pratite i pamtite slike vam dolaze u um i kako se osećate. Kada bude ponoć zaustavićete se i tada ću vam dati nove instrukcije.”

Pre nego što počnemo, ponavljam instrukciju o praćenju slika i drugih sadržaja koje dođu u um nakon čega kroz „3-2-1” odbrojavanje uđemo u eksperiment. Na svakih 10 sekundi dajem obaveštenje o preostalom vremenu dok poslednjih 5 sekundi odbrojavam: „5-4-3-2-1-ponoć, kazaljka je stala, zaustavili ste se.”

U instrukcijama za ostanak sekundare u poziciji ponoći kažem da:

- obrate pažnju sadržaj koji se javlja uključujući slike, reči, mirise, boje i drugo,
- da prate kako se osećaju.

Nakon dvadesetinu sekundi klijente zamolim da „odu dublje”. Svako će to „dublje” razumeti na svoj način o čemu ćemo razgovarati nakon završetka prvog dela eksperimenta.

Posle još dvadesetak sekundi naložim postepen izlazak iz fiksne pozicije sekundare i najavim pripremu za novi pokret. Pre nego što se klijenti ponovo pokrenu dobije instrukciju o nastavku eksperimenta, odnosno o odbrojavanju, kontinuitetu kretanja koje će trajati još 30 sekundi i praćenju mentalnih sadržaja i osećanja. Odbrojavam od 10 do 1: „ponovo se krećete još 30 sekundi”. Na 5 sekundi pre završetka odbrojavam: „5-4-3-2-1- vratite se u 'sada i ovde'”.

Sledi „povratak“ u sadašnjost nakon čega razgovaramo o onome što se dešavalo tokom eksperimenta.

U drugom delu instrukcije su iste osim što eksperiment traje jedan minut pre i posle „ponoći“ a informacije o preostalom vremenu klijenti dobijaju na 15 sekundi. Nakon ovog dela klijenti govore o sadržaju i osećanju koje se pojavilo. Na kraju uporedi osećanja iz prva dva dela eksperimenta.

Treći deo traje tri minuta pre i dva minuta posle „ponoći“ uz instrukciju da klijenti prate značajne događaje iz života u prva tri minuta. Obaveštenje o preostalom vremenu dobijaju na 15 sekundi. Umesto što bi, kao u prva dva dela eksperimenta, zaustavljeni rečima: „ponoć je, zaustavite se”, u ovom delu su zaustavljeni sa: „smrt – ne postoji vreme“. Preostale instrukcije su slične uz duže ostajanje u „smrti“.

Nakon eksperimenta razgovaramo o telesnim senzacijama i osećanjima, mogućim uvidima, doživljaju značaja iskustva i o trenutnom osećanju. Kroz objašnjenje delova eksperimenta klijenti razumevaju da je prvi deo, koji traje 30 sekundi, uvod u čitav eksperiment i analogija sa brzim umiranjem. Različiti su rezultati rada u ovom delu: od pozitivnih, mirnih, obasjanih svetlom, do ukočenih, zaustavljenih, ali takođe mirnih. Napetost se pojavljivala veoma retko, znatno ređe od stanja koje je opisivano kao „neprijatnost”. Drugi deo eksperimenta dao je više vremena klijentima za pripremu. Nisu imali nikakvu dodatnu instrukciju za praćenje senzacija tokom perioda od jednog minuta koliko je priprema trajala. Više negativnih emocija pojavljivalo se u drugom nego u prvom delu eksperimenta kada se naglo dolazilo u bezvremenost. Treći deo eksperimenta sasvim je drugačiji ne samo zbog dužine i slika života koje će se pojaviti, nego i zbog povezivanja ponoći sa smrti. Eksplicitno navođenje smrti umesto „ponoći”, čije svojstvo je u prethodna dva perioda bila bezvremenost, bilo je praćeno negativnom senzacijom kod manjeg broja klijenata, da bi se kasnije povratio mir ostankom u bezvremenosti.

Vreme ne postoji bez svesti, ona je jedina sposobna da ga prepozna. Nesvesno ne zna za vreme i prostor, pa je smrt za nesvesno sasvim drugačija. Jedan od mogućih razloga „odlaska” u nesvesno pojedinih pacijenata obolelih od karcinoma bez metastaza na mozgu je upravo taj – sklanjanje od patnje i bola. Tako je lakše, ali нико са сигурношћу не може рећи да ли је bolje и шта се заиста дешива. Drugi deo eksperimenta simulira situaciju у којој pacijent има времена да се припреми за очекивано „заустављање” у времену.

Dosadašnje iskustvo у примени овог eksperimenta ukazuje на то да klijenti uglavnom imaju veoma različit doživljaj prva dva dela eksperimenta, а да је трећи заhtevaо više vremena kako би bio обrazložен. У неким izvođenjima било је оsećanja која „никада нисам доživeо/doživela и не могу да ih опиšем”, али до сада нисам имао klijenta koji je osetio parališući strah, узас ili neizdrživu napetost.

5. Potreba i kvalitet života

Da li sam zadovoljan sopstvenim životom? Gledajući u izdvojene životne epizode sklon sam da ih karakterišem kao "dobre" ili "loše". Dobro je što mi je profesor Karamarković pre neki dan na ulici rekao da je gledao neku izjavu koju sam dao lokalnoj televiziji pohvalivši moju dikciju, loše je što je kolega na poslu predložio da budem smenjen sa mesta koordinatora praktične nastave zato što nisam dovoljno vremena provodio u kancelariji. A da li je dobro to što profesor Karamarković nije čuo ono što sam pričao nego kako sam pričao, i da li je loše to što ću možda dobiti više vremena za psihoterapiju ukoliko manje vremena provedem na poslu koordinatora praktične nastave?

Secirajući život i gledajući u drvo umesto da vidim šumu, sam sebi nanosim bol i otvaram prostor za hronično nezadovoljstvo. Samosažaljenje je logična posledica takvog odnosa. Samosažaljenje, suprotno većini psihičkih stanja i osnovnih emocija, nema ni jednu pozitivnu karakteristiku. Naprotiv. S obzirom na učestalost samosažaljenja, kao i tuge, ljutnje, straha, gađenja i neprijatnih iznenađenja, jasno je da negativni sadržaji dominiraju u odnosu na radost. "Pamtim samo sretne dane" često je samo stih iz pesme i privilegija malog broja ljudi. Većina negativno ocenjuje ranije življenje.

Radeći u JPZ susreo sam se sa gotovo stopostotnom negativnom ocenom sveukupnog života nezavisno od materijalnog ili emotivnog statusa. Ranije sam pomenuo da sam bio vidno iznenaden kada je D.S. (1943), nakon što mi je pričala o poslovnim uspesima njene firme i bogatstvu koje je stekla, rekla da je živila "pogrešnim životom" zato što se često selila i nije stigla da ima prijatelje. „Svakome je svoja muka najveća" tako da su sve ocene njenog života, ma kakve bile, irrelevantne. Svaka osoba ima pravo i obavezu da se bavi vlastitim potrebama u pokušaju da ih zadovolji.

Primer T.M. (1942) bio je sasvim drugačiji. Ovaj stameni čovek preživeo je infarkt 2012. kada mu je ugrađen bajpas, oboleo je od karcinoma pankreasa. Ima dve udate kćerke, bio je trgovac. Žalio se na bolove. Bio je prezadovoljan životom, spreman da umre. Otprilike tim redosledom i dinamikom saopštio mi je informacije. T.M. je imao unuka koji je pre tri godine oboleo od leukemije, iste godine kada je imao infarkt. Borba unuka sa bolešću trajala je dve godine nakon čega je, kako su rekli, izlečen. Tada je T.M-u dijagnostikovan karcinom pankreasa.

„Ja sam zamenio sudbinu sa unukom i spreman sam da umrem. Radostan sam što je moj unuk zdrav!", govorio je iskreno srećan.

Nekadašnji trgovac iz sela kod Trstenika na taj način je video smisao svoje bolesti. Bio je zadovoljan svim onim što je do tada ostvario, a finale života predstavljala je vrhunska požrtvovanost, ne ulazeći u dokazivanje o objektivnoj istinitosti njegove tvrdnje. Sasvim je dovoljno to što je za T.M. ovo bila istina. Napustio nas je 25. novembra 2015.

Potrebe pacijenata teško je definisati bez osvrta na psihološke granice i ocenu kvaliteta života.

A. Granice

Shodno činjenici da svako živi svoj život, odgovornost za slobodu izbora i izražavanje potreba je individualna. Ni jasnije činjenice, ni teže primene! S obzirom da je čovek socijalno biće, i da je kao takvo upućeno na drugog, nije teško otići predaleko u interesovanju za drugu osobu, posebno

ukoliko je reč o nekome bliskom. Međutim, bavljenje tuđim životom govori o nepoštovanju granica. Ukoliko je bavljenje bliskom osobom praćeno poštovanjem granica, to će govoriti o ugledavanju osobe onakvom kakva jeste, govorice o ljubavi i podršci. Prava ljubav pušta, ne sputava i ne vezuje drugu osobu, poštaje njenu individualnost i potrebe. Ako volim neku osobu koja iz bilo kog razloga i na bilo koji način odlazi od mene, ako je to odlučila ili je reč o neminovnosti, poštovanje granica podrazumeva prihvatanje njene odluke. Tuđe granice biće prepoznate i poštovane kada prepoznam i poštujem svoje.

U razgovoru sa pacijentima čija bolest bitno utiče na dužinu i kvalitet života susret na granici je jedino moguć. Naravno, reč je o komunikabilnim pacijentima do kojih će psiholog/psihoterapeut dopreti tek nakon što osvesti sopstvene granice. Granice nastaju i transformišu se u različitim životnim epizodama zbog čega je, posmatrajući širu sliku, važno imati svest o njihovoj nestalnosti (Yontef, 1990). One će se pomerati i korigovati pa nam postojanje rigidne granice ukazuje na potencijalni prostor za napredovanje, nakon što „omekšaju”.

B. Ocena kvaliteta života

Ubeđen sam da do kraja života svaki čovek postiže balans "dobrih" i "loših" epizoda. Ove promene deo su veće sinusoide a ona još veće. Otuda je preispitivanje koje se dešava u "sada i ovde" prilika da oscilacija "dobrog" i "lošeg" života bude približena i da na taj način stvori uslove za neka naredna preispitivanja sa ciljem podizanja kvaliteta života. Zaključak određenog vremena ili života u celini, kao i potreba prihvatanja takvog zaključka, govorice o površnosti kvalitaivnog određenja pojedinih životnih epizoda. Nešto što je sada dobro, nešto što sada želim, može postati temelj budućeg nezadovoljstva, i obrnuto. Posmatranjem celine zapažamo cikličnost u kojoj je prethodni događaj, bez obzira na kvalitet, doveo do narednog koji je drugačijeg kvaliteta. Prethodni događaj tako postaje samo preduslov onoga što sledi. Ciklusi dobra i zla, vreline i hladnoće, raskoši i bede nezaustavljeni su i ne zavise od stavova.

Potrebe

Kvalitet života ili blagostanje, metrički je nedfinisana kategorija koja uglavnom zavisi od subjektivnih kriterijuma. Faktori koji utiču na stepen blagostanja pojedinca i društva u celini određuju kvalitet života. Blagostanje će zavisiti od zadovoljavanja potreba pojedinca na različitim poljima u zavisnosti od objektivnih mogućnosti i stepena razvoja ličnosti. Američki psiholog Abraham Maslow tvrdio je da se osnovne ljudske potrebe mogu srvesti u grupe i da među njima postoji hijerarhija po važnosti. Zadovoljavanje osnovnih potreba Abraham Maslov je objasnio petostepenom piramidom u Teoriji hijerarhije potreba (Jovanović, Živković, Cvetkovski, 2003).

Po njemu, na prvom mestu su **fiziološke potrebe** među kojima su sve one koje omogućavaju odvijanje života. Iako se ovde pominju vazduh, hrana, voda, san, seks i druge, iz ugla psihologa u palijativnom zbrinjavanju rekao bih da, iako nije „fiziološka” a sve navedene na nju utiču, potreba za zdravljem dolazi na prvo mesto. Kada je zdravlje ugroženo, sve ostale stepenice u njegovoj funkciji.

Potreba za **sigurnošću** sledeća je stepenica u hijerarhiji potreba. Kada zadovoljimo fiziološke uslove neophodne za život, njihovo očuvanje postaje prioritet. Maslow i drugi autori koji su se ovom temom bavili pominju sigurnost, zaštitu, stabilnost, pravila, procedure i zakone, ograničenja i tome slično. Psiholog u palijativnom zbrinjavanju često će se sresti sa pacijentovim osećajem ugrožene

bezbednosti. Bez sigurnosti život ima ograničen kvalitet i sveden je na fiziološku osnovu ili na preživljavanje.

Ako postoji bezbednost preživljavanja, treću ravan hijerarhije potreba grade **ljudav i pripadanje**. Skladni odnosi u porodici, seksualna intimnost („vođenje ljubavi”), lojalnost, timski rad i dobar ambijent u timu samo su ilustracija ovog nivoa zadovoljavanja potreba. Kada toga nema život postaje rutina zadovoljavanja fizioloških potreba. Pre ili kasnije osetiće se nedostatak i praznina. Život bez ljubavi i pripadanja je samotan i hladan, hiberniran i zatvoren. Padaju mi na pamet kupoholičari. Osobe koje su se sa svojom samoćom zblizile, često žive u dualnom svetu, a gotovo da su bez mogućnosti iskrenog nastupa u socijalnom okruženju. Važnost psihološkog rada sa pacijentom i članovima porodice proizilazi iz potrebe davanja adekvatne podrške na osnovu jasno izražene pripadnosti porodici ili nekom drugom timu, i ljubavi njenih članova.

Poštovanje je privilegija onih koji ostvare izvesna postignuća, izgrade reputaciju i status, nauče da preuzmu odgovornost nezavisno od stepena svakog od postignuća ponaosob. Pastir na Goliji koji ima dobre ovce osećaće samopoštovanje i zavrediće poštovanje sveta u kojem živi zbog ostvarenog rezultata, isto koliko i naučnik koji je pročitao genom u naučnom svetu. Ovo su osnovne karakteristike četvrte stepenice hijerarhije potreba. Potreba za poštovanjem u onome ko sam i šta radim, bez obzira šta se pod radom podrazumeva, da imam samopoštovanje i da poštujem druge, važna je potreba koja određuje kvalitet života. U nedostaku ovih potreba razviće se osećaj niže vrednosti, a snobizam će biti posledica osećaja prevelike važnosti. Pacijenti često zastanu na ovoj stepenici zbog osećaja potpune beskorisnosti, pa čak i smetnje drugim članovima porodice. Zato gube samopoštovanje ili se, u slučaju da im danima ne dolaze u posetu, osećaju odbačenim.

Na vrhu piramide potreba nalazi se **samoostvarenje**. Ovo je nagonska potreba kojom se dokazuje veština i dostignuće, a opisuju je moralnost, spontanost, kreativnost, sposobnost rešavanja problema, izostanak predrasuda, prihvatanje činjenica i druge. Samoostvarenje povezuje sve prethodne nivoe potreba, a simboliše je lični razvoj i ispunjenje. Iako je u palijativnom zbrinjavanju teško raditi na ličnom razvoju pacijenta, s obzirom na bolest i preteći kraj života, zaokruživanje i ispunjenje životom, ma kakav da je bio, željeni je scenario za svakog psihologa. U samoostvarenju umesto samosažaljenju je ključ osećaja vrednosti dotadašnjeg življenja.

Kvalitet života može da se posmatra iz ugla svake od navedenih stepenica hijerarhije potreba bez obzira na zdravstveno stanje osobe. Hjerarhija potreba dobijena je njihovim poređenjem u odnosu na njihovu važnost prema postojanju i smislu življenja. Od našeg odnosa prema svakoj od njih zavisiće celina zadovoljstva. Ipak, moguće je težiti samoostvarenju i bez prihvatanja, ili poštovanja i uvažavanja, naročito u uslovima „kritičkog dekonstruktivizma” koji je karakteristika postmoderne filozofije našeg doba (Alečković, 2013). Moguće je zadovoljiti potrebu za ljubavlju i pripadanjem bez zadovoljene sigurnosti, naročito ekonomске koja na ovim prostorima opstaje decenijama i vekovima. Iz perspektive palijativnog zbrinjavanja ovaj odnos je još drastičniji nekada zbog izostanka elementarnih potreba, nekada zbog potpunog izostanka sigurnosti ili strahom uslovijenog nedostatka podrške, ljubavi i pripadanja. U radu sa pacijentima u JPZ sreću sam se sa različitim primerima. Možda će neko nemogućim nazvati samoostvarenje osobe kojoj je ugrađen kateter, s obzirom da je ugrožen osnovni, fiziološki nivo, ali praksa svedoči da je moguće.

Prema tome, međusobno poređenje nivoa dovešće do uređenja principa njihove hijerarhije u objektivnim okolnostima. Za palijativno zbrinjavanje važno je uključivanje nekih drugih elemenata u ono što zovemo „kvalitet života”.

Kvalitet života u praksi

Kao što rekoh, tokom života prolazimo kroz različite periode kvalifikujući ih kao “dobre” ili “loše” čime se izražava osećaj zadovoljstva događajem ili nizom događaja koji ih karakterišu. Povezivanje pa i izjednačavanje zadovoljstva i kvaliteta života sa socijalnim statusom, materijalnim stanjem i dostignućima, uobičajena je praksa koja odgovara stepenicima ili nivoima piramide potreba. Zadovoljstvo proživljenim u vezi je sa zadovoljavanjem osnovnih potreba, ono ima subjektivne i objektivne pokazatelje.

Svako ima svoja “dobra stara vremena”. Ako stariji sugrađani sadašnji život u ovom gradu uglavnom ne vide kao nešto vredno pamćenja, većini adolescanata će upravo ova vremena postati “dobra stara”. Ne zanimaju ih niti se opterećuju ratom u Siriji, terorističkim napadima, najavom poskupljenja vode i cenom potrošačke korpe. Ako ima struje, ako je kompjuter ispravan, a internet ne “koči”, ili ako su drugari raspoloženi za druženje, oni su srećni jer mogu da se bave onim što ih ispunjava i sa čim se u tom periodu razvoja identifikuju. Što su potrebe zadovoljenije, kvalitet života je viši. Ali, zbog idealizacije faktora (događaja, osoba ili okolnosti) iz ranijeg perioda, i zbog života u “sada i ovde” u kojem postoje druge idealizacije, osećaj i mišljenje o prošlim vremenima i tadašnjim zadovoljstvima može biti, i često je iskrivljen.

“Dobra stara vremena” nisu ništa drugo do idealizacija ranijeg doba kojeg se ne sećamo u potpunosti, već pamtimo ono što je bilo u fokusu. Selektivnom pažnjom, primećivanjem i pamćenjem specifičnih detalja iz prošlosti dajemo prvenstvo trenutku koji je imao snagu da preboji celinu ili da potisne sve ostale. Na osnovu toga često se, bez udubljivanja u celinu, usudimo da neki događaj koji je pun krajnosti pretvorimo u apsolut. Tako je nastala iluzija. Niz tih “apsolutnih vrednosti”, koje nisu ništa drugo do iluzije, lako se pretvore u “dobar” ili “loš” život. A nije tako. Ranije smo rekli da trenutak ne može da oboji čitav život ako ja to ne želim! Iluzije stvaramo sopstvenom selektivnošću.

Svaka razvojna kriza nastaje i postoji zbog promene iluzija iz ranijeg razvojnog perioda. Život je kombinacija emotivno prebojenih dešavanja koje, zbog nesposobnosti da ih posmatramo u širem kontekstu, svedemo na jednu ili dve reči. Svakako da je naše neotuđivo pravo da ne vidimo pravu sliku već da živimo u manjim ili većim iluzijama, kao što je preuzimanje odgovornosti obaveza.

Nikada nije kasno da se nešto što sam zvao “dobrim” okreće u “loše”, i obrnuto. Sve je to ista energija različitih polova. Energija cirkuliše, ne može da стоји. Odatile dolazi promena. Ako na papiru napišem tri vrline, a pored njih tri mane, videću da postoji bar jedna mana koja ima veze sa nekom od vrlina. Ne postoje vrline bez mana. Neka vrlina može postati manom i obrnuto. Dešavalо mi se u psihoterapijskoj praksi da klijent u “vrlinama” napiše “volim ljude”, a da mana bude na primer “lakoveran sam”. Imao sam klijente koji su istu reč koristili u manama i vrlinama. Jednostavno, svaka mana ima svoju vrlinu i svaka vrlina ima svoju manu. Svaki “dobar” period ima svoj “loš” i svaki “loš” ima svoj “dobar”.

Shvatanje vremena, života i sopstvene uloge u njemu zavisiće od posmatranja procesa a ne prijanjanja za njegov sadržaj. Od velikog značaja za čitav život, sve do umiranja, predstavlja

posmatranje događaja u širem kontekstu. Ovo je proces učenja i prihvatanja posmatranja procesa (življenja) uz praćenje sadržaja (dešavanja) bez njihovog ocenjivanja. Pitanje je da li je izreka: "Sve je to život", nastala i da li se primenjuje kao izgovor, ili je rezultat promišljanja. To će zavisiti od iskustva, stepena razvoja i sposobnosti onoga ko je izgovara.

Osobe sa kojima sam razgovarao u JPZ naučile su me da svaki od pet nivoa potreba ima svoje zadovoljstvo. Puno srce zadovoljstva postiže se kada smo radosni na svakom od njih:

- radosan zbog života: samostalnog disanja, hrane, samostalnog obavljanja fizioloških potreba i tome slično,
- radostan zbog bezbrižnosti, bezbednosti, zaštićenosti, ekonomski nezavisni, i tako dalje,
- radostan zbog prihvatanja,
- radostan zbog poštovanja,
- radostan zbog samoostvarivanja, principa, morala i dostizanja društvenog i ličnog nivoa.

Ukoliko se zadovoljstvo podrazumeva na bilo kojoj od stepenica ispod one na kojoj mislim da jesam, radost je na klimavim nogama, može se desiti da je nepotpuna i jednostrana. Bogatstvo postane prokletstvo ako zaboravim da se radujem malim stvarima. Nikada nije kasno da naučim kako i najmanja stvar, kao što je samostalno hranjenje, može da preraste u krupnu. Teži način učenja sreće i zadovoljstva malim stvarima je nakon što ih izgubimo.

Pacijentkinja E.S. (1924) ostala je bez roditelja odmah nakon Drugog svetskog rata. Ubili su ih partizani zbog toga što su u kući čuvali mladog četnika. Tada je imala 21 godinu a izbegla je smrt jer je bila u susednoj zemlji gde je upoznala budućeg muža. Od njega su je odvojili tamošnji komunisti ne dajući joj državljanstvo nakon čega su nastupile dodatne komplikacije. Vratila se u Jugoslaviju potucajući se od nemila do nedraga. Na kraju je završila u Beogradu radeći različite teške poslove. Zbog nemogućnosti da ostvari koliko toliko pristojan život odlazi u inostranstvo gde radi kao spremičica po kućama. U jednosatnom razgovoru sa E.S. o onome što se dešavalo tokom boravka u inostranstvu gde je provela gotovo pola veka, govorila je manje od deset minuta. Rekla mi je da je od zarađenog novca kupila stan u Vrnjačkoj Banji i da se udala za mlađeg čoveka koji je neguje. Sve ostalo vreme imala je potrebu da govorи o roditeljima i teškom periodu nakon njihovog ubistva, kao i o brutalnostima onih koji su je odvojili od muža u Bugarskoj. E.S. je govorila o vremenu u kojem nije imala adekvatnu ni fiziološku osnovu života, jer je tada živila u izrazitom siromaštvu, ni bezbednost jer je strepela od komunističkih vlasti, ni ljubav i pripadnost koja je uništena, a o poštovanju i samoostvarenju nije moglo da bude govora. Sada, dok u bolesti čeka smrt, E.S. je sasvim drugačija i to ne zbog materijalne stabilnosti, prisutne bezbednosti, postojanja osobe koja je prihvata onaku kakva jeste i tome slično, nego zbog uspostavljenog samopoštovanja i poštovanja muža i samoostvarenja kroz ono što je stekla i šta je postala. Ipak, moja uloga je bila u tome da saslušam priču koja je, i pored vremenske distance od preko pola veka, bila i dalje živa i koja je veoma uticala na doživljaj života kao mučnog, napetog, neizvesnog i usamljenog. Kao da je time što se u pedesetak minuta ispričala o onome što je mučilo, za šta je rekla da „ne pamti kada se zadnji put toga sećala”, unela neophodni mir odajući tako mučnim decenijama neophodno potrebnu počast. Da njih nije bilo, ne bi bilo ni ovoga kasnije, onoga što joj je pomoglo da se ostvari, a što joj je bilo veoma važno u dubokoj starosti. Kvalitet njenog života bio je ugrožen dešavanjima od pre pola veka zbog čega je upravo to tražilo da bude viđeno, rečeno, obrađeno i ispoštovano kroz barem jedan razgovor negde pred kraj života.

Jedno od značajnijih iskustava, drugačije od pomenutog u kojem se pacijentkinja fokusirala na težak period u kojem nisu bile zadovoljene osnovne potrebe, imao sam sa D.N. (1961). Bolovao je od karcinoma pluća. Decenijama ranije amputirane su mu noge. Najveći problem predstavljalo mu je nespavanje jer je noću kašljao. Nije osećao bol, bio je veoma umoran. Suptotno očekivanjima ni jednu reč nije rekao u vezi sa razlozima koji su doveli do amputacija. Sve što sam saznao rekla mi je dr Brana Jočić koja me je uputila u njegovo zdravstveno stanje. Dok je bio mlađi došlo je do komplikacija sa venama a kasnije i do amputacija. Umesto toga D.N. mi je pričao kako je bio građevinac, radio je u lokalnoj građevinskoj firmi, a u par mandata bio je predsednik Radničkog saveta. Firma je brojala, kako mi je rekao, 7000 zaposlenih što mu je omogućilo lep i lagodan život. Bio je prihvaćen, na položaju, okružen ljudima koji su ga poštivali. Kada sam ga pitao šta je za njega najvažnije u životu i šta bi želeo da poruči meni ili bilo kom drugom, kao iz topa mi je odgovorio: „Porodica!”, i nastavio:

„Kod nas ima mnogo ljubomornih ljudi koji hoće da posvađaju muža i ženu. A nema braka bez problema...“

Jasno je bilo da se tu nešto dešavalо, a nisam osetio da je prilika da otvaramo temu. Samo sam ga slušao kako je pričao o zlobnim i na drugi način lošim ljudima koji žive „svuda oko nas“. Zbog sredinskih dešavanja D.N. je svoj život ocenio kao „onako-onako“, niti je bio previše zadovoljan ali ni nezadovoljan onim što mu se dešavalо. Očigledna je bila njegova potreba da bude prihvaćen u porodici. Rekao mi je da je dovoljno ako ima nešto da se popije i pojede, da se „ne propusti ako nešto naleti“ misleći na seks, da se nešto „raducka ali ne previše“ i da se čuva porodica a da se deca usmeravaju ka sportu kako bi se „sklonili od droge“. Imao je dva sina i unuke u pubertetu pa je bilo očigledno odakle su ove poruke dolazile. Njegove potrebe su sada, od svih ranije važnih faktora, skoncentrisane ka porodici, ka potomstvu. Kao da je kvalitet čitavog života zavisio od toga.

I.V. (1937) bolovao je od karcinoma prostate. Iz njegovih dlanova progovarale su decenije teškog rada u planinskom selu. Imao je tri kćerke od kojih je jedna umrla od karcinoma. Jako teško je to podneo i na pominjanje njenog imena zasuzile su mu oči. Nakon njene smrti unuk je preuzeo očevo ponašanje: opijao se, trošio novac u kafanama, potkradao dedu koji je želeo da mu ostavi kuću i čitavo imanje. Kap koja je prelila čašu desila se dok je starac bio u bolnici. Unuk je sa nepoznatim osobama povadio maline iz malinjaka i prodao ih a novac propio u lokalnoj kafani. Starac više nije bio sposoban da se stara o sebi, živeo je kod mlađe kćerke koja je bila udata u drugom selu. Bilo mu je neprijatno, želeo je da skonča u svojoj kući. Ali šta god da bi pričao uvek bi se vraćao na unuka i njegovu propalu priliku da postane domaćin. Sve što je doživljjavao I.V. je podredio tom cilju koji nije ostvario, pa nije čudo što je sopstveni život zvao „nikakvim“. Uzaludno smo se bavili unukama druge dve kćerke, zadovoljstvo je bivalo temeljito ugroženo nerazumnim ponašanjem ovog mladića. Poseban problem bio je u tome što je preminula kćerka sa porodicom do smrti živila u zajednici sa ocem, što je učestvovala u svakodnevnim radovima pa, između ostalog, i u podizanju tog istog malinjaka koji je njen sin vadio i prodavao. Zapravo, tada joj je „pripalo zlo“ nakon čega joj je dijagnostikovan karcinom, pa je ponašanje unuka dodatno teško podneo. Jedan ili nekoliko poteza u senku je bacilo sve ono što se pre toga dešavalо, kao da nije bilo lepih trenutaka čoveka koji je bio domaćin sa tri kćerke. Njegova potreba nije zadovoljena gotovo ni na jednom nivou, od fiziološkog do samoostvarenja.

Tema u kojoj se nemiri najlakše ispolje je „kvalitet” ili “zadovoljstvo” životom što će zavisiti od zadovoljavanja potreba. Psiholog u palijativnom zbrinjavanju zaista je potreban kako bi se ovakve životne priče i okolnosti obuhvatile na što je moguće adekvatniji način, da bi pacijent imao mir i u miru se spremio za odlazak.

C. Memento mori

Šta je u životu važno?

Ovaj deo teksta posvećen je živima koji kao da ne znaju da će umreti. „Sećaj se smrti” latinska je izreka koja može da se prevede i sa „seti se da si smrtan”. Ovo poglavlje na neki način nastavak je rada koji sam imao sa sa Lj.J. (1932) koji sam pomenuo u poglavljju “Lista prioriteta – Crtica o vlastitom trajanju” podnaslov “Šta mi je?”. Ova starica kao i mnogi drugi ljudi sa kojima sam provodio njihove posednje dane radeći na otklanjanju psihičke patnje i podizanju kvaliteta života u datim uslovima, autori su ovog teksta. Moje je bilo samo da stavim reči na papir.

Tog jutra medicinske sestre Marija Sizović i Stojadinka Đurović dočekale su me rečima:

“E, danas ćeš imati posla sa Lj.J, celu noć zove majku.”

I zaista, nisam trebao da se udubljujem da bih čuo promukli glas koji dovoljno glasno zove:

“Mama! Mama! Mama!”

Hitro sam skinuo torbu i otišao do njene sobe. Ležala je na levom boku pogleda okrenutog ka zidu. Čučnuo sam da bi me videla i pozdravio je. Pogledala me je istim onim poluotvorenim očima koje sam prošlog petka ostavio i kao da se nasmejala. Možda i jeste jer joj je glas bio veseo.

“O, pa gde ste vi, nije vas bilo?”

Odgovorio sam da sam tek došao na odeljenje i da sam čuo da zove majku.

“Da, zovem mamu”, odgovorila je potpuno jasno.

“A gde je mama?”, pitao sam.

“Tu je, sače da dođe”, rekla je pokazujući bradom kao da je u hodniku, iza zida, i da će svakog trenutka da se pojavi. Nastavio sam pitanjem:

“A gde je tata?”

“Tata je umro”, odgovorila je iskrivivši lice u sažaljiv izraz.

Ništa mi nije bilo jasno. Bio sam zbumen kao i u nekoliko prošlih susreta sa njom. Njeni tata i mama odavno su umrli, ali nisam znao kako ovo da razumem osim kao približavanje kraja. Da bih se fokusirao promenio sam temu i pitao je da li je žedna. Rekla je da bi popila vode i ja sam joj prineo flašicu ustima. Bila je žedna. Nekoliko puta smo ponavljali pojenje a jednom je, kada sam sklonio flašicu, imperativno rekla:

“Daj još!”

6. Tugovanje i žalovanje

Multidisciplinarnost palijativnog zbrinjavanja određena je bio-psihosocijalnim karakterom čoveka što je definisano od početka ideje, sredinom 20. veka. Primena palijativnog zbrinjavanja u praksi doživela je promene tokom vremena. Krajem 20. i početkom 21. veka palijativno zbrinjavanje odnosilo se na „End-of-Life“ zbrinjavanje, odnosno zbrinjavanje pacijenata u terminalnim fazama bolesti. Kasnije je prošireno na period od saopštavanja dijagnoze. U oba slučaja palijativno zbrinjavanje obuhvatalo je period tugovanja i žalovanja porodice nakon gubitka (Balk, 2007).

Palijativno se zbrinjavaju isključivo osobe obolele od bolesti koje bitno utiču na dužinu i kvalitet života. Međutim, „pokrivanje“ patnje i rad na tugovanju značajni su bez obzira na zdravstveni status i životnu dob. Čitav život na neki način podseća na palijativno zbrinjavanje. Razlika je u tome što zdravi mogu tugovati na različite načine i pozabaviti se neutralisanjem uzročnika patnje, dok je karakteristika rada sa teško bolesnima uglavnom u ograničenosti uslova i vremena u kojem je cilj uklanjanje simptoma a ne uzroka telesnog bola, psihičke, duhovne i socijalne napetosti i patnje. Zdrave osobe se kroz psihoterapiju bave uzrocima.

Na prvi pogled može se pomisliti kako su tugovanje i patnja zdravih, ma kakva ona bila, suptilnija i manja u odnosu na patnju umirućih osoba. Iz ugla onoga ko pati to nije tačno. O važnosti rada na patnji zdravih svedoče potrebe članova porodica teško obolelih. Ako patnji oduzmem individualni doživljaj, ona ne postoji. „Svakome je svoja muka najveća“ ne samo zbog subjektivnog doživljaja same „muke“, već i zbog vremenske neuporedivosti. Ono što sledi uvek je teže od onoga što je prošlo zbog neizvesnosti.

Tugovanje i žalovanje neodvojivi su deo života, ne samo perioda nakon smrti drage osobe. Razvoj ličnosti karakteriše primanje i davanje, nastajanje i nestajanje, promena. Svaka promena tokom razvoja može biti praćena patnjom koja se opisuje kao telesna i psihička bol, kada se može pojaviti tuga. To će svakako zavisiti od karaktera promene i svojstava ličnosti.

Po modelu Elizabet Kjubler-Ros, u procesu žalovanja prolazimo kroz četiri faze a završava se prihvatanjem gubitka (Kjubler-Ros, 2010).

U prvoj fazi poričemo gubitak. To je faza šoka u kojoj, zbog zaprepašćenja, osoba nije u stanju da obradi informacije.

Druga je faza neverice i poricanja u kojoj očekujemo da se situacija promeni. Osoba se na taj način nesvesno brani od preplavljujućeg bola koji bi joj donelo priznavanje realnosti.

U trećoj fazi pojavljuje se ljutnja, tuga, preplašenost, potištenost i slična osećanja. U ovoj fazi postoji nagonska potreba za ponovnim uspostavljanjem veze sa onim što je izgubljeno, zbog čega se javlja nada da se stvari mogu vratiti na staro. S obzirom da se to ne dešava, javlja se ljutnja i druge intenzivne emocije među kojima je i samoperekor.

Nakon toga javlja se tuga, negacija, depresivna epizoda, negiranje smisla događaja i života, povlačenje. Dolazak ove faze nagoveštava početak prihvatanja.

I konačno, na kraju prihvatomo situaciju spremni da se oprostimo i zahvalimo. Emocije su izgubile na intenzitetu zbog čega smo u stanju da prihvatimo gubitak koji se dogodio mimo naše volje. Različiti slučajevi svedoče da pomenute faze ne moraju biti proživljene ovim redom, niti je svaka obavezna.

Paradoksalno je što većina teško bolesnih lakše prihvata sopstveno umiranje i skoru smrt nego njihovi bližnji verovatno zato što su tokom perioda lečenja dublje prolazili kroz proces tugovanja.

Žaljenje je neophodan i važan proces koji se periodično ponavlja. Ukoliko se tokom njegovog trajanja suočimo sa tugom, i ostanemo u njima do prihvatanja, dalje nećemo nositi isti teret gubitka svojstven toj situaciji. Ukoliko suočavanje bude nepotpuno i nedovoljno, svaki sledeći put će se ponoviti isti proces. Ponavljanje nepotpunog tugovanja i njegovog potiskivanja između ostalog može da znači gušenje potencijala za radovanje. Ako ne odžalujemo stare gubitke i povrede, onda u suočavanju sa novim gubicima u „sada i ovde“ podižemo čitav teret koji se, osim novog iskustva gubitka, sastoji od starog nedovršenog žaljenja.

„Sada, naravno, vredi jednako pravilo za sve nas: biramo svoj idući svet prema onome što smo naučili u ovom. Ne naučiš li išta, idući ti je život jednak sadašnjem, ista ograničenja i iste poteškoće koje treba nadvladati“ (Bach, 1987).

Ukoliko je predaleko gledati verom van ovog života, ili zbog religijskih ili nekih drugih razloga imamo problem da zavirimo u „ono iza“, pomenuto se može primeniti na ovaj život, na različite uloge koje imaju vek trajanja iza kojeg život živi neka naredna uloga. A onda se rodi treća uloga koja traje i umire, pa četvrta, peta i tako do kraja. Ukoliko savladam ono što imam da naučim u ovoj, biću sloboden od te lekcije u sledećoj ulazi ili ču je barem lakše prevladati. Ovo je suština Iskustvenog modela stresa koji opisuje potencijale nečega što zovemo „napetost“ i „neravnoteža“, poznatija kao „stres“ (Jeknić P., 2012). Baveći se središtem poruke, ne udubljujući se u detalje, reći će da uspešnim prevladavanjem procesa tugovanja omogućavam lakši prelazak ka onome što sledi. „U svakome od nas leži moć prihvatanja zdravlja ili bolesti, bogatstva ili siromaštva, slobode ili ropstva. Mi smo jedini koji to kontrolišemo i niko drugi“, rekao je Ričard Bah.

U uvodu priručnika „Rituali dobrog žaljenja“ (Gowell, 1995.) autorka je iznela suštinu priče o tugovanju i žalovanju, kao delu palijativnog zbrinjavanja koje se proteže i u godine pre bolesti, u godine zdravlja.

„Kad god gušite (poričete) svoja osećanja, telo će reagovati ranije naučenim obrascima emotivnog reagovanja, i kada ima dovoljno nataloženih emocionalno nezavršenih poslova neki deo tela će odreagovati disfunkcionalno. Manifestovaće se disfunkcijom određenog ciljanog organa (target organ) i imaćete bol u stomaku, colitis, promene na koži i brojne druge poremećaje koji imaju psihosomatsku osnovu. Neki ljudi će abreagovati⁴ i napraviti veliki događaj od nekog beznačajnog slučaja u svom životu.“ (Gowell, 1995.)

⁴ Abreakcija je namerno ili spontano oživljavanje i „pražnjenje“ afekata koji su bili povezani sa potisnutim predstavama i sećanjima na neki traumatski doživljaj koji je imao patogeno dejstvo. Dovodi do smanjenja ili otklanjanja emocionalne napetosti.

Rituali u tugovanju

Tugovanje je proces u kojem rituali imaju važno mesto. Ma kakvim se činili, ovi rituali imaju moć da dovedu do prihvatanja pa, samim tim, do uspostavljanja novog balansa, vraćanje mira i oslobođanje kapaciteta za radost. „Osećati se dobro u svojoj koži” želja je svakog pojedinca osim obolelih od samoporažavajućeg poremećaja ličnosti i sličnih patologija. Svaki od rituala zahteva pripremu i udubljivanje u osećaj kako bi bili efikasni. Površnost neće dati nikakve ili skoro nikakve rezultate osim samoobmane.

Pisanje pisama koje ćete zadržati ili poslati sebi, pisanje dnevnika, pesama pa i knjiga o onome što je predmet tugovanja, efikasan je način obrazlaganja i raščlanjivanja uzročnika tuge zahvaljujući čemu gube snagu. U dvorištu ili na drugom mestu zakopavanje uspomena može postati mesto „hodočašća” da bi, ako prilike dozvoljavaju, zasađeni cvet na „grobu uspomena” simbolizovao opstanak lepih sećanja koja i dalje žive. Ukoliko tome dodamo i duhovnu pripremu pred ukop uspomena, što znači odricanje od hrane, molitve, bdenje i tome slično, a što će zavisiti od težine tuge, efekat rituala biće bolji. Sredina često neće razumeti ove rituale.

Važno je razumeti simbole koje u ritualima koristimo. Nekada će biti dovoljno s vremena na vreme napraviti avion od papira na kojem će biti napisano ime ili poruka namenjena onome ko je subjekat tugovanja, koji ćemo baciti kroz prozor ili iznad reke koja će ga odneti. Nekada će prosuta čaša vode uz izgovaranje reči oproštaja od osobe/predmeta/situacije doneti komadić izgubljenog mira. Koliko god pustimo mašti na volju osmišljavanjem vlastitih rituala, nećemo pogrešiti. Naravno, ukoliko se prepozna i prizna emocija. Postojanje društvenih mreža umngome može da olakša tugovanje pisanjem statusa koji će biti primećeni, ukoliko imamo sklonost ka javnom ispoljavanju tuge.

U JPZ sam često radio na tugovanju sa pacijentima i članovima njihovih porodica. U svakom od radova dotali bi se plakanja tj. potrebe da se nakupljene emocije isprazne na najzdraviji mogući način, kroz suze. U društvu postoje otpori i stereotipi kada je plakanje u pitanju što je veoma, veoma pogrešno. Često sam bio svedok kako blizak član porodice izgovara rečenicu:

„Moraš biti jak/jaka!”

Ako postoji suvišna rečenica u radu sa osobama koje prolaze kroz proces tugovanja, onda je to ova. Kao da osoba koja tuguje ne zna da „mora biti jaka” pa je na taj način podsećamo. Nekada joj nije stalo da bude jaka, na šta ima pravo. Ovakve rečenice sugerisu da je osoba koja tuguje autodestruktivna ili namerno slaba zbog čega poruka o snazi verovatno ima za cilj da je probudi. Suprotno tome, gotovo uvek sam sagovornika puštao ili čak podsticao da se isplače. Kada bi se emocije smirile plakanje sam objašnjavao potrebom duše da smanji pritisak. Koristio sam analogiju plakanja sa sistemom parnog grejanja. Taj veliki zatvoreni sistem funkcioniše zahvaljujući delu koji se zove „sigurnosni ventil”. Kada pritisak u sistemu poraste sigurnosni ventil ispusti višak tečnosti snižavajući na taj način pritiska. Objašnjenju bi sledilo pitanje:

„Gde je Vaš sigurnosni ventil?”

Nekoliko pacijenata je govorilo o tome kako ne može da plače, čime su mi stavljali do znanja da ovom problemu pristupimo na drugačiji način. Grč ili blokada zahtevali su da budu viđeni i poštovani.

Većina je mogla da se kroz plač barem trenutno opusti, a radio sam sa osobom koju je dodatno opterećivalo to što previše plače.

V.I. dolazila je u JPZ na individualnu terapiju svakog petka tokom tri meseca. Imala je porodičnih problema koje nije mogla da razreši, kao i potrebu da o svima brine. Sem o sebi. Telo je reagovalo tako što je uvelo u predinfarktno stanje. Mogla je da se rasplače na pomisao o problemu na kojem smo radili. Međutim, istina je da je to zapravo bila samo „površinska tuga”, gotovo bih je nazvao „rosom” koja je maskirala rezervoare unutrašnje tuge do koje nije stizala baveći se uvek jednom te istom, u detinjstvu naučenom reakcijom. Kada bi došla do suza kao da bi odustajala od dubljeg prodiranja u suštinu onoga što je izazvalo predinfarktno stanje.

Susret sa sopstvenom tugom nije lak ni jednostavan zadatak. Ipak, vredi proći kroz sve to kako bi se upoznali, oslobodili i nastavili dalje. A dalje se može sa i bez prethodnog tereta, to je stvar našeg izbora. Bez vežbanja odlučnosti i snage ne može se postati odlučan i snažan.

7. Pogovor

Umiranje i smrt su teške i bolne teme. Takve su bile od kada je sveta i veka. Što je beznađe veće, vaća je patnja. Verujem da svaki čovek bez obzira na lične osobine, zaslužuje mirnu smrt, ako je u miru sa sobom. U praksi se dešava nešto drugo. Strah se može pretvoriti u užas, a zatim u agoniju. U takvim uslovima čovek gubi sve što bismo mogli nazvati lepim i mirnim. Očuvanje dostojanstva teško obolelog pacijenta zadatak je tima za palijativno zbrinjavanje. Smrt i umiranje teme su koje prate civilizaciju od Avelja i praktiče do zadnje osobe koja će umreti, pa je samim tim pitanje ljudske konačnosti večita tema. Dokle postoji vreme postojaće i konačnost. Činjenica da joj niko nije umakao nije dovoljna da strah nestane.

Ovaj tekst pre svega namenjen je psiholozima i psihoterapeutima angažovanim ili zainteresovanim za palijativno zbrinjavanje. Uvođenjem palijativnog zbrinjavanja u zdravstveni sistem stvoreni su uslovi za uključivanje psihologa. S povećanjem broja pacijenata rastu i potrebe za bržim definisanjem potrebnih preduslova. Iskustvo koje sam sticao tokom višegodišnjeg rada na terenu i u JPZ Specijalne bolnice za interne bolesti u Vrnjačkoj Banji potvrđuju značaj i složenost psihološke podrške pacijentima, članovima njihovih porodica i drugim članovima tima. Teoretska i praktična obuka za rad u ovoj oblasti oskudna je, ako je uopšte ima. Ipak, nedostatak literature, obrazovnih programa, definisanih kompetencija i metodologije za rad u ovoj oblasti ne smeju da budu prepreka za uključivanje psihologa, već motivacija da se problemi reše kako bi pacijenti i članovi njihove porodice bili adekvatno zbrinuti, a zdravstveni radnici i drugi članovi tima što duže funkcionalni.

Psihološka podrška zasnovana je na uklanjanju psihičke patnje. Efikasnost rada psihologa u timu za palijativno zbrinjavanje zahteva redefinisanje. Psiholog je pozvan da za pacijenta učini što je u njegovoj mogućnosti u datoj situaciji, poštujući granice kontakta i postižući empatičnost sa pacijentom. U takvim uslovima psiholog će podržati pacijentovo prihvatanje onoga što se dešava u „sada i ovde“. Period rada psihologa započinje saopštavanjem dijagnoze, nastavlja se tokom lečenja bez obzira na ishod, traje kroz terminalnu fazu bolesti sve do odlaska pacijenta nakon čega podržava članove porodice u prihvatanju gubitka i prolasku kroz period tugovanja i žalovanja.

Strah od umiranja (strah od poznatog) i strah od smrti (strah od nepoznatog) remete priliku za mirnim zaokruživanjem života. Unutrašnji mir potreba je i preduslov kvalitetnom životu. Zadatak psihologa je da podrži pacijenta u prihvatanju konačnosti kako bi strah, panika, užas i agonija izgubili na snazi ili kako bi bilo sprečeno njihovo pojavljivanje. Krajnji cilj svih intervencija nije samo neutralisanje patnje već postizanje psihičkog mira pacijenta i/ili članova porodice. Istinska radost i zadovoljstvo životom pratilec su unutrašnjeg mira.

Psihološka podrška na primarnom i na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite imaju svoje specifičnosti, olakšavajuće i otežavajuće okolnosti, ali je autentičnost psihologa preduslov bilo kakvom radu. Određenje ličnog odnosa psihologa prema smrti i umiranju, pojmu efikasnosti, čvrstini granice empatičnosti i profesionalizma su, pored potrebnog obrazovanja i definisanih kompetencija, faktori korisnosti i uspešnosti rada u ovoj oblasti medicine.

Opisana iskustva stečena terenskim radom u domovima pacijenata u Kraljevu, naročito u JPZ Specijalne bolnice za interne bolesti u Vrnjačkoj Banji, poslužila su za nastanak brojnih razmišljanja o ulozi, značaju i načinu rada psihologa u oblasti palijativnog zbrinjavanja. Tekst zapravo predstavlja poziv drugim psihologozima i psihoterapeutima angažovanim ili zainteresovanim za palijativno zbrinjavanje da opišu svoja iskustva kako bismo imali što širi uvid u načine i rezultate rada. S obzirom na činjenicu da je ovo nova oblast angažovanja psihologa, što znači da je prostor za istraživački i praktični rad veoma veliki, bilo bi veoma važno da se što pre i u što većem broju psiholozi uključe. Ovde izneto razmišljanje zasniva se na geštalt psihoterapijskom pristupu, kliničkoj psihologiji, tanatologiji, kao i egzistencijalizmu, hrišćanskoj i budističkoj literaturi. Ovo nije naučni rad već priručnik za praktični rad čiji autori su pacijenti i zdravstveni radnici sa kojima sam radio, na čemu im još jednom zahvalujem.

Petar V. Jeknić

U Kraljevu,

19. septembra 2016.

O Specijalnoj bolnici za interne bolesti Vrnjačka Banja

Specijalna bolnica za interne bolesti Vrnjačka Banja je samostalna zdravstvena ustanova sa kapacitetom od 70 bolesničkih postelja i 79 zaposlenih. Pruža ambulantno-polikliničke i stacionarne usluge zdravstvene zaštite za korisnike usluga sa teritorije opština Vrnjačka Banja, Trstenika, grada Kraljeva, na usluzi je drugim korisnicima, kao i turistima koji posećuju Vrnjačku Banju.

Strategijom za palijativno zbrinjavanje Ministarstva zdravlja Republike Srbije Specijalnoj bolnici za interne bolesti Vrnjačka Banja opredeljeno je 12 bolesničkih postelja za formiranje palijativne jedinice. Vodeći se ovim dokumentom i Projektom "Razvoj palijativnog zbrinjavanja u Srbiji" sprovedeno je niz aktivnosti koje su prethodile formiranju jedinice za palijativno zbrinjavanje.

Zahvaljujući požrtvovanosti, stručnosti i ukazanom poverenju članova tima projekta i Ministarstva zdravlja, zaposleni ove zdravstvene ustanove usvojili su i primenjuju stečena znanja na edukacijama, seminarima i stručnom usavršavanju u inostranstvu, organizovanim u okviru projekta.

Činjenica da je i Republika Srbija ucrtana na svetskoj mapi sistema palijativnog zbrinjavanja, i da je Specijalna bolnica za interne bolesti Vrnjačka Banja deo tog sistema, obavezuje i ohrabruje da se započeto usavršava i prenosi na druge, kako bi namena imala svoju svrhu – ostvarivanje zadatih ciljeva palijativnog zbrinjavanja kroz Strategiju za palijativno zbrinjavanje Republike Srbije, što omogućava dostajanstven život u najtežim trenucima neizlečive bolesti.

Ustanova je išla korak dalje i međuresornom saradnjom omogućeno je približavanje vodećim principima i ciljevima strategije kroz Projekat "Psihološka podrška palijativnom zbrinjavanju" zahvaljujući kojem su stečena iskustva opisana u ovoj knjizi.

Očekuje se još mnogo izazova i zadataka na putu razvoja i reforme postojećeg zdravstvenog sistema u oblasti palijativnog zbrinjavanja, a za sve dosadašnje rezultate veliku zahvalnost dugujemo svima koji su pomogli, i autoru ove knjige na koju smo ponosni.

Direktor

Slađana

Brković,

dipl.

ecc



Fotografija 1 - Tim Jedinice za palijativno zbrinjavanje



Fotografija 2 - Osoblje Specijalne bolnice za interne bolesti u Vrnjačkoj banji

Prilog

1.

РЕПУБЛИКА СРБИЈА
ГРАД КРАЉЕВО - ГРАДОНАЧЕЛНИК
Број: 79/1/14
Дан, 03. 03. 2014. године
КРАЉЕВО

УДРУЖЕЊЕ ГРАЂАНА
РАСКРШЋЕ
Број: 6/14
14. марта 2014. год.
УДРУЖЕЊЕ ГРАЂАНА РАСКРШЋЕ

ТУ ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА
са поштовањем садовијарништву
Број: 10-164
14. 03. 2014. год.
КРАЉЕВО

На основу Закона о здрављу Републике Србије (Сл. гласник бр. 72/2009), Стратегије јавног здравља (тачке 3.2.1; 4.6; 4.8), Стратегије за палијативно збрињавање (Сл. гласник бр. 17/2009) и Уговора о пословно-техничкој сарадњи ЗЦ „Студеница“ и УГ „Раскршће“ бр. 10-1 од 3. јануара 2014. године (у даљем тексту Уговор)

Здравствени центар „Студеница“, са седиштем на адреси Југ Богданова 112, Краљево и матичним бројем 07191219 и ПИБ-ом 101958225, кога представља директор др Звонко Веселиновић, (у даљем тексту УГ „Студеница“)

и

Удружење грађана „Раскршће“, са седиштем на адреси Танаска Рајића 44/4, Краљево, и матичним бројем 17688235 и ПИБ-ом 105332074, кога представља заступник Петар В. Јекнић, (у даљем тексту УГ „Раскршће“),

уз подршку

Града Краљева, са седиштем на адреси Трг Јована Сарића бр. 1, Краљево, и матичним бројем 70653, кога представља градоначелник Драган Јовановић, (у даљем тексту Град) закључују у Краљеву, на дан 14. марта 2014:

АНЕКС 1 УГОВОРА – ОДЛУКА О ФОРМИРАЊУ ПРОШИРЕНОГ ТИМА ЗА ПАЛИЈАТИВНО ЗБРИЊАВАЊЕ

Увод

Члан 1. ЗЦ „Студеница“ и УГ „Раскршће“, уз подршку Града Краљева, овим анексом формирају функционалан тим за палијативно збрињавање.

Правна основа

Члан 2. Правну основу за доношење овог Анекса чине:

- Правилник о условима и начину унутрашње организације здравствених установа (Сл. гласник бр. 43/06),
- Стратегија јавног здравља Републике Србије,
- Стратегија за палијативно збрињавање (Сл. гласник бр. 17/2009), и
- Закон о удружењима (Сл. гласник бр. 51/2009)

Члан 3. Стратегија за палијативно збрињавање предвиђено је да „на примарном нивоу здравствене заштите тим за палијативно збрињавање чине доктор медицине/специјалиста опште медицине, медицинска сестра, патронажна сестра, физиотерапеут и социјални радник. Шири тим за палијативно збрињавање чине: психолог/психијатар, свештеник и волонтери.“ (тачка 6.1.1.)

У Стратегији за палијативно збрињавање наводи се потреба за „успостављањем организационо и финансијски одрживог модела палијативног збрињавања“ (тачка 6.1.1.4.), као и „мобилизација свих заинтересованих актера на нивоу локалне заједнице.“ (тачка 6.1.2.4.)

Чланови тима за палијативно збрињавање

Члан 4. Тим за палијативно збрињавање сачињавају ужи и шири тим.

Члан 5. Ужи тим за палијативно збрињавање чини медицински кадар Службе за кућно лечење и здравствену негу које одреди ЗЦ „Студеница“ или Дом здравља у Краљеву. Ужи тим је

**АНЕКС 1 УГОВОРА – ОДЛУКА О ФОРМИРАЊУ ПРОШИРЕНОГ ТИМА ЗА ПАЛИЈАТИВНО
ЗБРИЊАВАЊЕ**

медицински тим и чине га доктор медицине и медицинска / патронажна сестра. Руководилац ужег тима је Начелник Службе за кућно лечење. На примарном нивоу здравствене заштите, Стратегија за палијативно збрињавање (Сл. гласник бр. 17/2009) предвиђа организационо и кадровко јачање служби кућног лечења (Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе Сл. гласник бр. 43/06) као носиоца палијативног збрињавања.

Члан 6. Ширги тим је немедицински тим којег формира УГ „Раскршће“. У састав ширег тима може ући медицински кадар. Медицински кадар у саставу ширег тима делује у складу са правним актима УГ „Раскршће“.

Ширги тим за палијативно збрињавање чини психолог, социјални радник, духовник, нутрициониста, физиотерапеут и волонтери. У случају потребе, проширен тим УГ „Раскршћа“ чине медицинске сестре и доктор медицине. Руководилац ширег тима је заступник УГ „Раскршће“.

Начин функционисања ужег и ширег тима за палијативно збрињавање

Члан 7. Ужи тим за палијативно збрињавање делује по процедури и на начин коју прописује Министарство здравља а спроводи ЗЦ „Студеница“.

Деловање ширег тима за палијативно збрињавање подељено је у две фазе:

1. фаза – увод у подршку терминалним пациентима, коју карактерише „in bad“ едукација чланова ширег тима. Ова фаза траје пет месеци. У овом периоду биће дефинисана координација рада, извештавање и други елементи процедуре (форма документа о заштити поверљивости информација, евалуациони формулар о задовољству пацијента услугом и друга документа),
2. фаза – координирани рад ужег и ширег тима за палијативно збрињавање.

Ширги тим за палијативно збрињавање, које услугу обавља по налогу Службе кућног лечења и неге, одговара за свој рад Начелнику ове службе.

У случају потребе прилагођавања рада, руководилац ширег тима прима инструкције од Начелника Службе кућног лечења и неге уписаној форми.

Евентуалне недостатке у раду потребно је отклонити у што краћем року.

Ужи и ширги тим за палијативно збрињавање имаје редовне седмичне консултативне састанке као и *ad hoc* састанке у циљу добробити пацијената и чланова њихових породица.

Чланови ужег и ширег тима у обавези су да користе е-маил.

Члан 8. Стручњаци и инфраструктура УГ „Раскршћа“ ће по посебном програму радити са ужим тимом за палијативно збрињавање на превладавању синдрома сагоревања.

Финансирање

Члан 9. Тимови за палијативно збрињавање сачињавају одвојене буџете. Основач сваког тима, ужег (ЗЦ „Студеница“) и ширег (УГ „Раскршће“), дужан је да обезбеди буџетом предвиђена средства.

Тимови и њихови оснивачи могу заједнички или одвојено учествовати у позивима за пројекте, што је у складу са Уговором који су потписали ЗЦ „Студеница“ и УГ „Раскршће“, и другим актима оснивача.

Град Краљево подржаће пројектне активности УГ „Раскршће“ кроз средства намењена удружењима.

АНЕКС 1 УГОВОРА – ОДЛУКА О ФОРМИРАЊУ ПРОШИРЕНОГ ТИМА ЗА ПАЛИЈАТИВНО
ЗБРИЊАВАЊЕ

Праћење рада и извештавање

Члан 10. Тим за палијативно збрињавање формира досије у којем су наративни извештаји о интервенцији сваког члана тима.

Опште одредбе

Члан 11. Анекс 1 уговора сачињен је у шест истоветних примерка, по два за сваку уговорну страну. Сваки уредно потписан и оверен примерак Анекса уговора представља оригинал и производи једнако правно дејство.

Члан 12. У случају спора уговорне стране ће радити на његовом мирном превазилажењу али прихватају надлежност Привредног суда у Краљеву.

У Краљеву, 14. марта 2014. године

Потписници:



др Звонко Веселиновић
директор ЗЦ „Студеница“

Петар В. Јекнић Удружење грађана „Раскршће“



Градоначелник Краљева



Драган Јовановић

2.

Okvirna metodologija psihološkog rada sa pacijentima na osnovu stanja svesti i verbalne komunikabilnosti. Napisano na osnovu iskustva stečenog radom u JPZ Specijalne bolnice za interne bolesti u Vrnjačkoj Banji.

1. pacijent je svestan

A. oseća bolove u telu bez obzira na psihičku stabilnost,

- 1) pacijent je verbalno komunikabilan,
 - i. pacijent ima volju za razgovorom i rad sa psihologom ili psihoterapeutom – psiholog prepoznaje motivaciju. Moguće intervencije proizilaze iz razgovora a često se odnose na rekapitulaciju života, ocenu zadovoljstva dotadašnjim življenjem, izdvajanje najsrećnijih i najtužnijih događaja, i sl.
 - a) učestvuje u psihološkom eksperimentu – ovakav pacijent je gotovo uvek veoma motivisan i želi da se pozabavi svojim psihološkim stanjem, u pojedinim slučajevima moguće je sprovesti vođenu fantaziju ili neki drugi složeniji eksperiment,
 - b) ne učestvuje u psihološkom eksperimentu – koliko je moguće psiholog će ispitati otpor u kojem se pacijent nalazi,
 - ii. pacijent nema volju za razgovorom i rad sa psihologom – psiholog će obratiti pažnju na simptomatologiju s obzirom da je depresija čest pratilac najtežih bolesti i o tome će obavestiti lekara,
- 2) pacijent je uslovno verbalno komunikabilan – teško i nerazgovetno govori,
 - i. verbana komunikabilnost ograničena bolešcu – često je reč o metapromenama ili hiruškim intervencijama koje ograničavaju verbalnu sposobnost pacijenta.
 - a) ima volju za rad sa psihologom – psiholog sluša pacijenta i često će samo to biti dovoljno. Intervencija proizilazi iz onoga što je pacijent govorio, moguća kombinacija sa neverbalnom komunikacijom (dodir),
 - učestvuje u psihološkom eksperimentu – proveriti da li je razumeo o čemu je reč, poštovati pokazanu motivaciju. Primeniti jednostavne eksperimente,
 - ne učestvuje u psihološkom eksperimentu, zadržati se na radu koji prositiće iz retrospektive života i raditi na eventualnim „nezavršenim poslovima“, introjektima, granicama i sličnim temama,
 - b) pacijent nema volju za rad sa psihologom – obratiti pažnju na simptomatologiju i o zapažanjima obavestiti lekara,
 - akutni nedostatak volje
 - hronični nedostatak volje – konsultovati se sa psihijatrom.
 - ii. verbalna komunikabilnost ograničena upotrebom lekova (opioda i drugih) – česta pojava kako zbog prirode bolesti tako i zbog promene terapije,

- a) ima volju za rad sa psihologom – psiholog sluša pacijenta i često će samo to biti dovoljno. Intervencija proizilazi iz onoga što je pacijent govorio, moguća kombinacija sa neverbalnom komunikacijom (dodir),
 - učestvuje u psihološkom eksperimentu – proveriti da li je razumeo o čemu je reč, poštovati pokazanu motivaciju. Primeniti jednostavne eksperimente, raditi na nezavršenim poslovima i drugim temama koje se prepoznaju (rad na traumi, strahu, granicama i slični),
 - ne učestvuje u psihološkom eksperimentu, zadržati se na radu koji prositiće iz retrospektive života i raditi na eventualnim „nezavršenim poslovima“, prepoznavanje otpora, rad na granicama i sličnim temama,
 - b) nema volju za rad sa psihologom – obratiti pažnju na simptomatologiju i o zapažanjima obavestiti lekara,
- 3) pacijent je verbalno nekomunikabilan – praksa pokazuje da je verbalna nekomunikabilnost svesnog pacijenata uzrokovana uglavnom osnovnom bolešću ili hiruškom intervencijom (traheostoma i tome slično),
- i. pacijent ima volju da čuje psihologa – proveriti sposobnost pacijenta da razume sadržaj intervencije, u nekim situacijama uspostavlja se komunikacija u kojoj pacijent klimanjem glavom ili pokretom prsta odgovori sa „da“ ili „ne“. Na ovaj način moguće je pozabaviti se psihološkim stanjem pacijenta. Važnije od rezultata konkretnog rada je prisutnost psihologa za pacijenta,
 - a) pozitivno reaguje na dodir – u kombinaciji sa rečima stavljanje šake na ruku pacijenta može pojačati osećaj prisutnosti psihologa za pacijenta,
 - b) neutralno reaguju na dodir – pacijent ne reaguje ni pozitivno ni negativno na dodir,
 - c) negativno reaguju na dodir – pacijent sklanja ruku. Psiholog je verovatno prešao granicu tako što je bez pitanja posegao za telesnim kontaktom. Pacijent ovo može da shvati kao nepoštovanje.
 - ii. nemaju volju da čuju psihologa – obratiti pažnju na simptomatologiju i o tome obavestiti lekara,
 - a) pozitivno reaguju na dodir – postoji potreba za prisustvom,
 - b) neutralno reaguju na dodir – obratiti pažnju na simptomatologiju depresije i o tome obavestiti lekara (ukoliko nije dijagnostikovana)
 - c) negativno reaguju na dodir – moguće je da pacijent trpi fizičku bol ili da oseća strah, bes, ljutnju što je česta pojava koja se može prepoznati kao deo procesa tugovanja nad vlastitim životom. Stvar je procene da li će pacijent ipak biti u stanju da čuje psihologa koji će ga upoznati sa fazama tugovanja i žalovanja.

B. bez bolova u telu, bez obzira na psihološku stabilnost

- 1) pacijent je verbalno komunikabilan
 - i. pacijent ima volju za razgovorom i radom sa psihologom – pacijent je motivisan. Rad na sadržajima koji proističu iz pacijentove rekapitulacije života. Težina rada sa ovim pacijentima često je u neutemeljenoj nadi u ozdravljenje. Psiholog će to prepoznati i dati pacijentu ono što mu je potrebno.
 - a) učestvuje u psihološkom eksperimentu – ovakav pacijent je gotovo uvek veoma motivisan i želi da se pozabavi svojim psihološkim stanjem, u pojedinim slučajevima moguće je sprovesti vođenu fantaziju ili neki drugi složeniji eksperiment,
 - b) ne učestvuje u psihološkom eksperimentu – psiholog prepoznaje otpor koji poštuje, radi sa sadržajima koji su se pojavili u polju.
 - ii. pacijent nema volju za razgovorom i radom sa psihologom – treba razlikovati trenutni i hronični nedostatak volje. Mogući su brojni razlozi, ali u praksi se često dešava da je ovakav pacijent sklon depresiji koja može biti prateća dijagnoza osnovne bolesti. Pacijent teži samoizolaciji. Psiholog u palijativnom zbrinjavanju upoznat je sa fazama tugovanja i žalovanja zbog čega će prepoznati ako se javi depresivna epizoda u kontekstu prihvatanja bolesti i vlastite konačnosti. Moguće veće prisustvo straha nego u drugim situacijama.
 - a) pozitivno reaguje na dodir – pacijentu potrebna podrška. Koliko je moguće, proveriti da li i koliko se pojavio strah, teskoba, stres.
 - b) neutralno reaguje na dodir – pacijent se izolovao, moguć osećaj beznađa, otupelosti ili na drugi način manifestovana predaja i napuštanje života. U nekim slučajevima jasno artikulisana želja za smrću izazvana strahom od patnje.
 - c) negativno reaguje na dodir – pacijent napet. Proveriti terapiju, konsultovati psihijatra.
- 2) pacijent je uslovno verbalno komunikabilan – ograničenje uzrokovano zdravstvenim stanjem, hiruškom intervencijom ili korišćenjem lekova. O detaljima pogledati tačku 1.A.2.
- 3) pacijent je verbalno nekomunikabilan – pogledati tačku 1.A.3.

2. **pacijent je ograničene svesnosti** – lako utoči u san ili nemaju kontinuitet percepcije realiteta

A. zbog uticaja lekova

- 1) pacijent je verbalno komunikabilan – formulisati kratke rečenice, moguć razgovor sa pacijentom. Moguće je da će zbog bolesti ravnost biti pomešana sa fikcijom, ne insistirati na logici i razumevanju. Psiholog može raditi na onom delu konteksta koji govori o progresivnom strahu, tuzi, besi ili ljutnji.

- i. pacijent uglavnom smisleno govori – ako je svesnost ograničena zbog uticaja lekova razgovor može da traje kratko, psihologu može biti teško da odvoji realnost od fikcije ili da razume ono što pacijent govori ukoliko je to deo koji je istrgnut iz šireg konteksta.
 - ii. pacijent uglavnom besmisleno govori – obično je reč o kratkotrajnom efektu terapije. Proveriti da li pacijent razume pitanja. Moguće da je reč o progresiji bolesti.
 - iii. pacijent ne govori iako je sposoban – moguće da je pacijent u otporu, strahu, da je iz nekog drugog razloga paralisan ili jednostavno ne želi da govori. S obzirom da je reč o pacijentu ograničene svesnosti, ovo stanje je nepredvidivo.
- 2) Pacijent je verbalno nekomunikabilan – zbog načina lečenja koji ograničava ili onemogućava verbalnu ekspresiju, kao i zbog drugih razloga koji su u vezi sa lečenjem i primenom lekova. Psiholog će imati zadatak da podrži pacijenta prisustvom i primenom neverbalne komunikacije.
 - i. pacijent razume i neverbalno potvrđuje da razume – ograničenje svesnosti primetno iako pacijent ne može da govori. Psiholog proverava da li postoji potreba, na primer, za vodom i tome slično. Jedna od mogućnosti je česta izmena epizoda budnosti i spavanja.
 - ii. pacijent ne razume ono što mu psiholog govori – moguće je prekoračenje doze opioida ili je reč o težem podnošenju terapije.

B. zbog uticaja bolesti

- 1) komunikabilni - pacijent je verbalno komunikabilan – formulisati kratke rečenice, moguć razgovor sa pacijentom. Moguće je da će zbog bolesti realnost biti pomešana sa fikcijom, ne insistirati na logici i razumevanju. Psiholog može raditi na onom delu konteksta koji govori o progresivnom strahu, tuzi, besi ili ljutnji.
 - i. pacijent uglavnom smisleno govori – ako je svesnost ograničena zbog bolesti razgovor može da traje kratko, psihologu može biti teško da odvoji realnost od fikcije ili da razume ono što pacijent govori ukoliko je to deo koji je istrgnut iz šireg konteksta.
 - ii. pacijent uglavnom besmisleno govori. Proveriti da li pacijent razume pitanja, moguće da je reč o progresiji bolesti.
 - iii. pacijent ne govori iako je sposoban – ograničena svesnost je nepredvidiva. Autentično prisustvo pored pacijenta podrazumeva mogućnost neverbalne komunikacije i/ili monologa psihologa.
- 2) Pacijent je verbalno nekomunikabilan – zbog bolesti i načina lečenja koji ograničava ili onemogućava verbalnu ekspresiju, kao i zbog drugih razloga koji su u vezi sa bolešću i lečenjem. Psiholog podržava pacijenta prisustvom i primenom neverbalne komunikacije.
 - i. pacijent razume i neverbalno potvrđuje da razume – ograničenje svesnosti primetno iako pacijent ne može da govori. Psiholog proverava da li postoji potreba, na primer, za vodom i tome slično. Jedna od mogućnosti je česta izmena epizoda budnosti i spavanja.

ii. pacijent zbog bolesti ne razume ono što mu psiholog govori – na raspolaganju stoje neverbalna (dodir) i monološka komunikacija

3. pacijent je nesvestan – psihologu na raspolaganju stoji neverbalna i monološka komunikacija. Pacijenti koji su bili smešteni u JPZ najčešće:

- a. spavaju pod uticajem lekova (osim morfijumskih preparata)
- b. spavaju pod uticajem lekova (koriste morfijumske preparate)
- c. spavaju bez uticaja lekova

3.

“Gospod je pastir moj, ništa mi neće nedostajati.

Na zelenoj paši pase me, vodi me na tihu vodu.

Dušu moju oporavlja, vodi me stazama pravednim imena radi svojega.

Da pođem i dolinom sena smrtnoga, neću se bojati zla; jer ti si samnom;

štap tvoj i palica tvoja teše me.

Postavio si predamnom trpezu na vidiku neprijateljima mojim;

namazao si uljem glavu moju i čaša je moja prepuna.

Da, dobrota i milost tvoja pratiće me u sve dane života mojega,

i ja će prebivati u domu Gospodnjem za dugo”.

(Psalam 23.)

Literatura

Alečković, M. (2013). *Psihologija ideja slobode i pravde i srpski nacionalni interes danas 2. tom.* Beograd: Miroslav.

Allard P, et al. . (2001). Educational interventions to improve cancer pain control: a systematic review. *Journal of palliative medicine ,* 4(2):191-203.

Bach, R. (1987). *Galeb Jonathan Livingston.* Zagreb: Nakladni zavod Znanje.

Balk, D. E. (2007). Life Span Issues and Loss, Grief and Mourning: Adulthood. *Handbook of Thanatology ,* 157-171.

Berger, D. (1997). *Zdravstvena psihologija.* Beograd: Centar za primenjenu psihologiju.

Blair Sumner Mynatt, R. L. (2007, February 8). The Family, Larger System and End-of-Life Decision Making. *Handbook of Thanatology ,* pp. 91-101.

Charles A. Corr, D. M. (2007, February 8). Culture, Socialization and Dying. (D. E. David K. Meagher, Ed.) *Handbook of Thanatology ,* pp. 3-9.

Coulter A, Cleary P. (2001). Patients' experiences with hospital care in five countries. *Health affairs ,* 20(3): 244-252.

Dragan Ilić et al. (2013). *Incidencija i mortalitet od raka u Centralnoj Srbiji 2011.* Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”.

Džon Ili et al. (2012). *Priručnik za studenta iz predmeta Palijativna medicina.* Beograd: Medicinski fakultet.

EAPC. (2009). Bela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku ipalijativnu skrb u Evropi. *European Journal of Palliative Care ,* 16.

Ginger, S. (2003). *Umeće kontakta.* Beograd: Geštalt studio Beograd.

Gowell, E. C. (1995.). *Good Grief Rituals: Tools for Healing : A Healing Companion.* New York: Barrytown Limited.

Ika Rončević-Gržeta et al. (2007). *Psihološka pomoć u suočavanju sa zločudnom bolešću.* Rijeka : Liga protiv raka Primorsko-goranske županije.

Jeknić, P. (2010). Stres, kriza, trauma kao neodvojivi deo života. (M. Krstić, Ed.) *Zbornik radova Filozofskog fakulteta , XXXIX,* 467-479.

Jeknić, P. V. (2012). *Stres naš nasušni.* Kraljevo: UG Raskršće.

Jovanović, Živković, Cvetkovski. (2003). *Organizaciono ponašanje.* Beograd: Megatrend univerzitet.

Jovica Marković et al. (2015). Specifičnosti komunikacijskih veština u medicini. *PONS Medicinski časopis ,* 25-29.

Judith R. Gordon et al. (2000). *Report to the Board of Directors, The APA Working Group on Assisted Suicide and End-of-Life Decisions*. Washington, DC: The American Psychological Association (APA).

Jung, K. G. (2003). *Arhetipovi i kolektivno nesvesno*. Beograd: Atos.

K.Oatley, J.M. Jenkins. (2007). *Razumijevanje emocija*. Zagreb: Naklada Slap.

Kaličanin, P. (2002). *Priročnik za dijagnostiku i lečenje psihičkih poremećaja*. Beograd: Institut za mentalno zdravlje.

Karstoft, K.-I. (2010). *Role and tasks of psychologists working in palliative care in Denmark*. Copenhagen : Danish Psychological Association.

Kubler-Ros, E. (2010). *O smrti i umiranju*. Beograd: Čigoja štampa.

Klikovac, T. (2010). Kompleksna patnja vezana za. *Psihološka istraživanja terminalnu fazu bolesti, smrt i tugovanje* , Vol. XIII (2) , 261-271.

Koeljo, P. (2013). *Rukopis otkriven u Akri*. Beograd: Laguna.

Kostić, P. B. (2008). *Predgovor - Stresovi rata u mirnodopskim okolnostima*. Kraljevo: Kulturni centar Ribnica.

Lattanzi-Licht, M. (2007, February 8). Religion, Spirituality and Dying. (D. E. David K. Meagher, Ed.) *Handbook of Thanatology* , pp. 9-17.

Lazić, P. (2014). Retorika - veština ili umetnost. *Diogen* , 1-21.

Lidija Mitić et al. (2008). Apstraktna inteligencija, emocionalna inteligencija i javljanje flow-a. *Godišnjak za psihologiju* , 5 (6-7), 147-168.

Lukas Radbruch et al. (2009). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. *European Journal of Palliative Care* , Vol. 16, EAPC.

Margherita Spagnuolo Lobb, Gianni Francesetti. (2013). *Gestalt Therapy in Clinical Practice*. Milan: Instituto di Gestalt HCC Italy.

Maslov, A. (2001). *O životnim vrednostima. Izabrani eseji o psihologiji vrednosti*. Beograd: IP „Žarko Arbulji“.

Ministarstvo zdravlja. (2009). *Strategija za palijativno zbrinjavanje*. Beograd: Ministarstvo zdravlja.

Moody, R. (1989). *Svetlost s onu stranu života*. Zagreb: Prosvjeta.

Nenadović, M. M. (2004). *Propedevтика psihijatrije: psihijatrijske dijagnostike i terapije*. Priština: Medicinski fakultet Univerziteta u Prištini.

Pecotić, L. (2011). O porodičnim konstelacijama. *Zbornik* , 20-25.

Plenković, M. (1993). *Komunikacija masovnih medija*. Zagreb: Fakultet političkih znanosti Sveučilišta u Zagrebu.

Rimpoće, S. (2009). *Tibetanska knjiga života i smrti*. Beograd: LOM.

RTS. (2016, 9. 15.). RTS.RS. From Sport: <http://www.rts.rs/page/sport/ci/story/128/ostali-sportovi/2454188/zanardi-osvojio-zlato-na-godisnjicu-udesa.html>

Saskia Jünger et al. (2010). The EAPC Task Force on Education for Psychologists in Palliative Care. *European Journal of Palliative Care*, Vol. 17, 84-87.

Starčević, V. (2009). *Bez straha o strahu, panici, fobiji*. Beograd: Zavet.

Stojanović, S. (1988). *Umetnost negovanja harmonije i ravnoteže duha*. Beograd: Arion.

WHO. (2002). *World Health Organization*. From Definition of Palliative Care: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Wikipedia. (2015, Mart 7). *Wikipedia*. From Epikurejstvo: <https://sh.wikipedia.org/wiki/Epikurejstvo>

Yontef, G. M. (1990). *Svesni dijalog i proces: eseji o geštalt terapiji*. Beograd: Geštalt studio.