

Zbigniew Szawarski

„CIERPIĘ, WIĘC JESTEM”

Nawet najbardziej radykalny sceptyk nie ośmieli się zakwestionować *mojego* przeżycia bólu i cierpienia. To prawda, nie mogę przeżyć i nie mogę bezpośrednio poznać bólu drugiego człowieka, czym innym jest jednak doświadczenie własnego bólu, a czym innym wysłuchanie najprawdziwszej nawet relacji cierpiącego bliźniego, której nigdy nie będzie można obiektywnie zweryfikować. Oczywiście wydaje mi się więc, iż niepodobna zwątpić w realność własnego cierpienia. „Cierpię, więc jestem”, a jeśli jestem, cierpienie wydaje mi się konstytutywnym atrybutem mojego istnienia. Z drugiej jednak strony, filozofowie i moralisci sądzą, iż byłoby lepiej, gdyby udało nam się istotnie zmniejszyć sumę bólu i cierpienia we wszechświecie. Wiele radykalnych ruchów religijnych i społecznych próbowało w jakiś sposób usprawiedliwić moralnie istnienie cierpienia w świecie, albo stworzyć taki porządek społeczny, w którym niemal całkowicie zanikną przynajmniej społeczne przesłanki cierpienia.

Rzecz charakterystyczna, owo przeświadczenie o konieczności minimalizacji cierpienia jest także jednym z zasadniczych wątków medycyny współczesnej. Lekarz, powiada się, powinien czynić wszystko co możliwe dla ochrony życia pacjenta i łagodzenia jego bólu i cierpienia. Na tym właśnie polega, powiada się, głęboko humanitarna misja medycyny. Jeśli jednak zdolność doznawania cierpienia jest istotnie atrybutem naszego człowieczeństwa, wydaje się, że istnieją pewne granice ingerencji lekarskiej.

Pojawia się więc zasadnicze pytanie, co wolno i czego absolutnie nie wolno czynić lekarzowi w walce z cierpieniem? Wbrew pozorom, nie zamierzam w tym szkicu zajmować się problemem eutanazji. Chciałbym jedynie rozważyć bliżej pojęcie bólu i cierpienia, odnosząc je do dominującego w medycynie współczesnej modelu człowieka. Wydaje mi się bowiem, że wiele nieporozumień i sporów moralnych dotyczących cierpienia, przede wszystkim w terminalnej fazie naszego życia, bierze się zarówno z niewłaściwego rozumienia pojęcia cierpienia, jak też z niewłaściwego modelu człowieka, który przyjmuje współczesna medycyna.

Ból i cierpienie

W języku potocznym nie odróżnia się zwykle bólu od cierpienia. Można cierpieć na chroniczny ból głowy, można związać się z bólu z powodu kolki nerkowej i prawdę mówiąc nie ma większego znaczenia, czy zamieszkując w niedogrzanym zimą pokoju odczuwamy jedynie pewną niewygodę, czy też istotnie cierpimy wskutek permanentnego chłodu. Filozof jednak, który – jak to pisał ironicznie Witkacy – potrafi sobie dowolnie łatwo utrudnić każde zagadnienie, chciałby wiedzieć, czy rzeczywiście jest tak, że ból i cierpienie oznaczają dokładnie to samo zjawisko. A jeśli są to różne zjawiska, na czym polega właściwie różnica? Czy ból jest naprawdę złem bezwzględny? I czy rzeczywiście zawsze powinniśmy dążyć do usunięcia wszelkich przyczyn bólu i cierpienia? Są to wszystko kwestie filozoficznie ważne i chociaż każdy z nas potrafi bez trudu rozpoznać własny ból, trudno jest nam się zdecydować, co stanowi rodzaj w definicji bólu i na czym polega różnica gatunkowa. Nie jest moim celem zdefiniowanie bólu i cierpienia. Wystarczy, jeśli uda mi się wskazać zaledwie na pewne znaczące podobieństwa i różnice pomiędzy obydwojma pojęciami oraz rozważyć wynikające z tego konsekwencje.

Co się tyczy podobieństw, sprawa jest względnie prosta. Po pierwsze, wydaje się mianowicie, że ból i cierpienie są czymś złym lub przynajmniej niepożądanym, czego – jeżeli w grę nie wchodzi inne względy – powinniśmy z reguły unikać. I po drugie, zarówno ból, jak też cierpienie zakładają istnienie wystarczająco rozwiniętego systemu nerwowego umożliwiającego reakcje organizmu na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne. Innymi słowy, nie mogą doświadczać bólu ani cierpieć, jeżeli pozbawiony jest biologicznego systemu przenoszenia i przetwarzania bodźców zmysłowych. I w tym punkcie w zasadzie podobieństwa się kończą. Jeśli bowiem zaczniemy głębiej analizować różnice pomiędzy bólem i cierpieniem, to okaże się, że całe to zagadnienie jest znacznie bardziej skomplikowane, niż się to na pozór wydaje.

Ból jest z reguły wyraźnie umiejscowiony w naszym ciele. Boli mnie głowa, ucho, ząb. Odczuwam ostre bóle w okolicy klatki piersiowej, czuję piekący ból oparzonego palca. Ból pojawia się nagle lub powoli narasta, a jego efekty psychologiczne bywają niekiedy wręcz porażające, jak np. dzieje się to podczas zawału serca czy ostrego ataku dusznicy bolesnej. Zdumiewające jest bogactwo naszego słownika opisującego ból. Ale bez względu na rodzaj i natężenie bólu, jest on zawsze wyraźnie zlokalizowany. „To jest właśnie to miejsce – mówimy lekarzowi – gdzie odczuwam najsilniejszy ból”. Ból ma więc charakter zdecydowanie cielesny. Jeżeli stosując odpowiednie środki farmakologiczne uda nam się skutecznie stłumić aktywność neurotransmiterów, pacjent przestaje odczuwać ból i chirurg (lub dentysta) może spokojnie przystąpić do działania.

Cierpienie jest kategorią bardziej ogólną i abstrakcyjną. Cierpienie nie ma żadnego wyraźnego miejsca w moim ciele. Jeżeli cierpię, to cierpię nie w pewnym szczególnym punkcie mego ciała, lecz niejako totalnie. Można powiedzieć, że cierpię nie tylko jako ciało, lecz jako w pełni świadoma swego stanu osoba.

Widać więc teraz wyraźnie, na czym polega główna różnica w ontologicznym statusie obu doznań. Ból jest swoistym *doświadczeniem* ciała spowodowanym przez jakieś bodźce zewnętrzne lub wewnętrzne, które naruszają naturalną ciszę zdrowego i sprawnie funkcjonującego ciała. Cierpienie jest natomiast swoistym „doświadczeniem duszy”. Rzekłbym wręcz, iż jest to pewien szczególny rodzaj *napięcia* zachodzący w obrębie całej osoby. Przyczyny owego napięcia są różne. Bywa oczywiście i tak, że źródłem cierpienia jest choroba lub banalny ból fizyczny, w większości jednak wypadków człowiek cierpi, ponieważ nie potrafi sobie poradzić z własną naturą, z osaczającym go światem lub też z tzw. przeciwnościami losu.

Stosunek między bólem a cierpieniem jest złożony. Nie jest tak, iżby ból był koniecznym lub wystarczającym warunkiem cierpienia. Kiedy dla eksperymentu głaszczę łagodnie kolczasty kaktus, odczuwam wyraźnie niezbyt bolesne ukłucia, trudno to jednak nazwać cierpieniem. Z drugiej jednak strony, lekkie, w zasadzie bezbolesne zeszywnienie palca może być dla mnie wręcz katastrofą, jeśli sensem mojego życia jest gra na jakimś wymagającym absolutnej sprawności palców instrumencie muzycznym. W podręcznikach historii psychiatrii można znaleźć opis zabiegu zwanego lobotomią czołową. W swoim czasie była to całkiem popularna na Zachodzie metoda leczenia epilepsji. Okazało się jednak, że fizyczna manipulacja na płatach czołowych mózgu tak dalece zmienia zdolność odczuwania bólu przez pacjenta, że faktycznie przestaje on reagować emocjonalnie na własny ból. Doświadcza on oczywiście bólu, ale paradoksalnie wcale z tego powodu nie cierpi, bo jest mu to niejako (podobnie jak wiele innych rzeczy) całkowicie obojętne. I ta właśnie obojętność na świat i siebie samego (całkiem nieoczekiwany efekt tej skądinąd skutecznej metody leczenia) zdecydowała o zaniechaniu stosowania lobotomii czołowej w leczeniu epilepsji. Z drugiej jednak strony, człowiek często doświadcza niewymownych cierpień, nie odczuwając przy tym żadnego bólu fizycznego. Samotność, poczucie beznadziei czy absurdalności życia, utrata wolności lub ukochanego człowieka, niepokój, trwoga, lęk przed śmiercią, nieszczęśliwa miłość czy też dojmujące poczucie winy – wszystko to są niejako powszechnie znane doznania naszego życia.

Istnieje, warto zauważyć, wyraźna specjalizacja w traktowaniu bólu i cierpienia.

Doświadczenie bólu, naturalny efekt ewolucji życia, pełni rolę swoistego mechanizmu chroniącego organizm przed zniszczeniem. W przypadku zwierząt ból powoduje reakcje wycofania lub ucieczki. W przypadku zaś człowieka pełni określoną funkcję diagnostyczną. Ostry ból zęba jest zazwyczaj pierwszym sygnałem postępującej infekcji. Ból stawów sugeruje zmiany zwyrodnieniowe, a ból w okolicach serca – niedotlenienie mięśnia sercowego. Dopóki nasze narządy i systemy wewnętrzne milczą, znaczy to na ogół (choć nie zawsze), że organizm jest w pełni sprawny i zdrowy. Kiedy odczuwamy ból, pora szukać porady lekarza.

Inaczej jest z cierpieniem. Oczywiście, kiedy źródłem cierpienia jest choroba lub spowodowane np. wypadkiem drogowym zagrożenie dla integralności i sprawności ciała, także i w tym wypadku medycyna pełni rolę zasadniczą – ratu-

je życie, łagodzi ból i przywraca lub zastępuje, jeżeli to możliwe, naruszoną funkcję takiego lub innego narządu. Nie pamiętam, kto powiedział, iż odkrycie aspiryny bardziej przyczyniło się do minimalizacji bólu i cierpienia w świecie niż dziesiątki traktatów filozoficznych. Jeśli jednak można chemicznie łagodzić ból, nie ma powodu, żeby nie traktować w ten sam sposób cierpienia. Oszłamiająca kariera leków psychotropowych i spiralnie rosnące zyski firm farmaceutycznych świadczą wyraźnie, iż proces medykalizacji naszego cierpienia stał się faktem. Straciłeś pracę i masz problemy z sensem życia – oto recepta na prozak. Zmarła ci żona – nie przejmuj się, oto znakomity środek, który ułatwi ci sen i wyraźnie poprawi nastrój. Czujesz pierwsze oznaki zbliżającej się starości, nie ma problemu – istnieje cała gama leków, które dadzą ci wigoru i pozwolą zachować pełną sprawność ciała i duszy. Ma się niekiedy wrażenie, iż nie ma takiego problemu egzystencjalnego, którego nie można by rozwiązać stosując odpowiednią kompozycję leków. Rzecz jednak w tym, czy owo farmakologiczne balsamowanie duszy istotnie cokolwiek rozwiązuje? Czy nie jest to jeszcze jeden rodzaj, jak by powiedział Fromm, ucieczki od wolności, ucieczki od autentycznego życia?

Myślę, że jeśli dusza człowieka jest chora, jeśli, innymi słowy, głównym powodem jego cierpienia jest choroba psychiczna, wówczas nie tylko powinniśmy, ale wręcz mamy obowiązek moralny stosować wszelkie dostępne środki lecznicze, żeby usuwając przyczynę cierpienia, umożliwić mu w miarę normalne życie. Jeśli towarzyszący psychozie maniakalno-depresyjnej (zwanej obecnie dwubiegunowym zaburzeniem afektywnym) ból istnienia powoduje, że pacjenci często wybierają raczej śmierć niż życie i jeśli wiemy, iż regularne przyjmowanie przez nich soli litu niemal całkowicie likwiduje wszelkie objawy choroby, byłoby doprawdy rzeczą moralnie złą, gdybyśmy w tym przypadku próbowali zastąpić sole litu modlitwą. Jeśli jednak źródłem cierpienia nie jest choroba psychiczna, lepiej chyba będzie zachować powściągliwość w medykalizacji naszego cierpienia. Medycyna nie jest bowiem jedyną dyscypliną, która może skutecznie łagodzić nasze cierpienie. Tradycyjnie funkcję tę pełni religia, filozofia czy sztuka. I w tym sensie nadal aktualne są słowa Epikura, który powiedział: „Próżne są słowa filozofa, który nie leczy cierpienia. Bo tak jak medycyna, która nie usuwa choroby z ciała człowieka, nie jest medycyną, tak samo też filozofia, która nie leczy ran duszy, nie jest filozofią”. Nie jest to oczywiście jedyna możliwa koncepcja filozofii. Nie ulega jednak wątpliwości, iż w łagodzeniu cierpienia słowo jest równie ważne, a być może nawet o wiele ważniejsze, niż środki farmakologiczne. Niestety, jak się wydaje, owa szczególna ranga, jaką zajmuje farmakologia w naszym życiu duchowym jest jednym z efektów dominującego we współczesnej medycynie modelu człowieka.

Cierpienie i medyczny model człowieka

Głównym celem medycyny współczesnej jest znalezienie odpowiedzi jak jest zbudowany i jak działa człowiek pojmowany jako pewien niebywale złożony mechanizm biologiczny. Jakkolwiek skomplikowany jest dany system organiczny,

daje się on ostatecznie rozłożyć na elementy pierwsze, a prawidłowe funkcjonowanie tego systemu jest ostatecznie wypadkową prawidłowej funkcji niezliczonej ilości jego podsystemów. Jest to podejście mechanistyczne i programowo redukcjonistyczne i ma ono określone konsekwencje etyczne. Lekarz bowiem, czując się specjalistą w określonej dziedzinie medycyny skłonny jest rozwiązywać problemy medyczne dokładnie tak, jakby były to proste problemy techniczne. Jeśli jednak przyjmuje się mechanistyczny i redukcjonistyczny model człowieka, ulega zatarciu różnica pomiędzy bólem i cierpieniem. Usunięcie przyczyn bólu traktowane jest wówczas fałszywie jako rozwiązanie problemu cierpienia. Oczywiście bywa i tak, w wielu jednak wypadkach walka z chorobą i bólem może paradoksalnie prowadzić do jeszcze większego bólu i cierpienia. Oto historia zaczerpnięta z jednego z najbardziej prestiżowych czasopism medycznych w świecie:

„35-letnia rzeźbiarka z przerzutowym nowotworem piersi, leczona przez kompetentnego lekarza, który nie tylko stosuje najnowsze osiągnięcia nauki, lecz także kieruje się autentyczną troską o dobro pacjenta. Przez cały czas pacjentka cierpiała nie tylko wskutek choroby, lecz także z powodu samego procesu leczenia. Choć była przerażona i niepewna o własną przyszłość, niewiele jednak mogła uzyskać informacji od lekarza, a to, co jej mówiono, nie zawsze było prawdą. Nikt jej np. nie powiedział, iż naświetlanie może spowodować tak duże zniekształcenie piersi. Wycięcie jajników i dalsza chemoterapia spowodowały, że twarz jej oraz całe ciało pokryło się nadmiernym uwłosieniem. Pacjentka gwałtownie przybrała na wadze, a jej *libido* uległo stłumieniu. Umiejscowiony w bruździe nadobojczykowej nowotwór spowodował, iż utraciła ona sprawność ręki – ręki rzeźbiarki. Pacjentka popadła w głęboką depresję. Na domiar złego, doszło do złamania kości udowej, której leczenie uległo znacznemu opóźnieniu wskutek wyraźnego sprzeciwu lekarza. Ilekroć nowotwór zaczynał reagować na chemoterapię i rozbudzała się w niej nadzieja, pojawiały się dalsze objawy choroby. Kolejny cykl chemoterapii spowodował więc dramatyczny konflikt – konflikt pomiędzy pragnieniem życia a lękiem, iż rozbudzając na nowo nadzieję naraża się jedynie na dalsze cierpienie, jeśli terapia zawiedzie. Powodowane przez chemoterapię mdłości i wymioty były przykre, lecz nie bardziej niż lęk przed utratą włosów. Pacjentka obawiała się przyszłości. Każde nadchodzące jutro było dla niej tylko zwiastunem pogłębiającej się choroby, rosnącego bólu i niesprawności, nigdy natomiast nie zapowiadało nadejścia lepszych czasów. Pacjentka czuła się osamotniona, ponieważ czuła swoją odmienność od innych ludzi i nie mogła żyć tak jak inni żyją. Bała się, iż wkrótce przestaną ją odwiedzać przyjaciele. Była pewna, że umrze”¹.

¹ E.J.Cassell *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*, „The New England Journal of Medicine” 1982, nr 306, s. 639–645. Swe poglądy na temat cierpienia przedstawił Cassell obszernie w znakomitej książce pod tym samym tytułem – *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*, Oxford University Press 1991.

Widać teraz wyraźnie, jak bardzo złożony jest związek pomiędzy chorobą, bólem i cierpieniem. Rozumienie, a nawet kontrola mechanizmu przebiegu choroby wcale nie wystarcza, by zrozumieć cierpienie naszej pacjentki. Cierpi ona nie tylko z powodu choroby i powodowanego przez nią bólu. Cierpi, ponieważ choroba całkowicie zmieniła jej sytuację życiową. Nie jest ona tym samym człowiekiem, jakim była w okresie przed chorobą. W zasadzie przestała być kobietą. Jeśli nie może dłużej rzeźbić, życie straciło dla niej wszelki sens. Jej życie społeczne uległo całkowitej zmianie. Przestała być niezależna. Musi polegać na pomocy lekarzy i personelu medycznego. I chociaż lekarze mogą skutecznie kontrolować ból jej ciała, ignorują oni w istocie ból jej duszy. A nie można zrozumieć jej cierpienia, jeśli się nie uwzględni całej historii jej życia, jej stosunku do przeszłości i przyszłości, jej sytuacji rodzinnej, jej stosunku do własnego ciała, swoistego dla niej systemu wartości, czy nawet – jak powiada Cassell – jej stosunku do transcendencji.

Cassell nie wspomina w cytowanym artykule, ile miesięcy (tygodni) życia uzyskała pacjentka dzięki zastosowanej metodzie leczenia. Być może, gdyby powiedziano jej więcej i zgodnie z prawdą o przewidywanych kosztach moralnych terapii, nie zgodziłaby się ona na kolejne zabiegi, wybierając raczej spokojną i bezbolesną śmierć niż kolejne bolesne i całkowicie bezskuteczne zabiegi. Niemal 10 lat później w tym samym periodyku inny lekarz Timothy E. Quill opisał przypadek leczonej przez niego pacjentki². Pacjentka ta cierpiała na pewien szczególnie złośliwy rodzaj białaczki (białaczka mielomonocytoza) i po zasięgnięciu opinii lekarza na temat prognozy i przebiegu choroby odmówiła po prostu dalszego leczenia. Postanowiła umrzeć z godnością biorąc pełną odpowiedzialność za swoją śmierć i towarzyszące jej cierpienie. Wymagało to oczywiście pełnej współpracy lekarza, który towarzyszył jej aż do końca dozując odpowiednio leki przeciwbólowe. Diana zmarła spokojnie w swoim domu kilka miesięcy od momentu postawienia diagnozy, całkowicie pogodzona ze sobą i bez żadnych złudzeń co do własnej nieśmiertelności.

Mam wrażenie, że zasadnicza różnica pomiędzy obydwoma przypadkami dotyczy sfery wartości. Niepodobna respektować autonomii pacjenta, nie dając mu możliwości wyboru i decydowania o sobie. Pacjent zaś nie może podjąć najlepszej jego zdaniem decyzji, jeśli nie dysponuje prawdziwą lub przynajmniej wysoce prawdopodobną wiedzą dotyczącą przebiegu choroby i możliwości jej wyleczenia. Pierwsza pacjentka była wyraźnie przedmiotem manipulacji kompetentnego i dobrze życzącego jej lekarza. Wiadomo przecież doskonale, że nie wszelkie przypadki nowotworu piersi kończą się fatalnie. Znane są przypadki, kiedy potrafi się kontrolować przez znaczny czas nawet kolejną przerzutową fazę choroby. Lekarz nie może po prostu stać beczynnym i patrzeć jak gaśnie życie. Powołaniem lekarza jest aktywne działanie. Nie powinien on nigdy – powiada się –

² T.E. Quill *Death and Dignity*, „The New England Journal of Medicine” 1991, nr 315, s. 691–694.

rezygnować dobrowolnie z walki o życie. A jednak w sytuacji, kiedy to pacjent i tylko pacjent płaci moralne koszty tej walki, do niego i tylko do niego należy ostateczna decyzja, jak wiele bólu i cierpienia gotów jest on znieść w walce z chorobą. Medycyna potrafi kontrolować ból, nie zawsze jednak potrafi i w wielu wypadkach nie powinna wręcz kontrolować cierpienia. Diana umarła spokojnie, bez bólu, i jeśli cierpiała, potrafiła zapewne zrozumieć i nadać sens swemu cierpieniu. Jeśli bowiem wiem, iż mogę postawić kres swemu cierpieniu rezygnując z dalszej walki i że moja decyzja będzie w pełni uszanowana, ma to dla mnie zasadnicze znaczenie moralne; znaczy to bowiem, że nadal jestem traktowany przez innych jako w pełni autonomiczna osoba, jako autentyczny podmiot moralny, który ponosi pełną odpowiedzialność moralną za swe istnienie lub nieistnienie. Kiedy nie potrafię już cierpieć, nie ma mnie.

Śmierć i cierpienie

Nie jest to jednak takie proste w przypadku opieki terminalnej, kiedy wskutek starości lub różnego rodzaju chorób wieku podeszłego człowiek zatracza zdolność jasnego myślenia i decydowania o sobie. Mało kto umiera w pełni świadomy momentu i znaczenia własnej śmierci. Starożytny ideał „dobrej śmierci” nie daje się łatwo przełożyć na język nowoczesnej technologii medycznej. Mam wrażenie, iż w kręgu naszej kultury nadal ignoruje się dwa fakty elementarne.

Po pierwsze, człowiek jest istotą śmiertelną. Śmierć jest niejako wpisana w nasze geny i podobnie jak każda żywa istota przechodzimy przez cykl narodzin, życia i śmierci, ustępując miejsca późniejszemu pokoleniom. Medycyna nie może przezwyciężyć śmierci i walka ze śmiercią nie jest właściwym celem medycyny. Medycyna może uczynić wiele, by wydłużyć oraz istotnie zwiększyć komfort życia, nie potrafi jednak wyeliminować śmierci.

Po drugie, człowiek jest istotą zdolną do doznawania zmysłowego. Nie mogę doświadczać przyjemności, jeśli nie mogę również doświadczać bólu i cierpienia. Zniesienie naszej zdolności do doznawania zmysłowego oznacza faktycznie unicestwienie naszego człowieczeństwa. Jeśli potrafię jeszcze cierpieć, być może potrafię jeszcze cieszyć się muzyką Mozarta. Jeśli potrafię cierpieć, znaczy to, że istnieje jeszcze coś w moim życiu, czego mogę doświadczać i co mogę zaakceptować lub odrzucić. Jak już mówiono, medycyna może dowolnie łatwo kontrolować ból, może również łagodzić i uśmierzać cierpienia, nie jest jednak celem medycyny wyzwolenie nas od wszelkich naszych cierpień.

Swoiste dla medycznego modelu człowieka przeświadczenie, iż nie ma większej różnicy pomiędzy bólem a cierpieniem, ma zasadnicze konsekwencje w opiece terminalnej. Sądzi się bowiem, iż wystarczy farmakologicznie stłumić przyczynę bólu i zadbać o elementarną wygodę pacjenta, aby tym samym zapewnić mu komfort spokojnej śmierci. Nie jest to jednak takie proste i oczywiste. Pacjent może nadal odczuwać straszliwe zmęczenie i permanentne mdłości. Może on nieustannie rozmyślać i niepokoić się o losy własnej rodziny. I chociaż może on

w pełni akceptować i nie obawiać się śmierci (jak to się często dzieje w przypadku pacjentów umierających w hospicjach) istnieją tysiące innych powodów, dla których może on cierpieć, poczynając od samotności a kończąc na wyrzutach sumienia i poczuciu zmarnowanego życia. Czy i one także powinny być tłumione ilościową pigułką na sen? Czy też może ważniejsze jest współczujące słowo i przyjazna, ludzka akceptacja pozwalająca zrozumieć i nadać sens własnemu cierpieniu? Być może powinno się więcej mówić o śmierci i umieraniu, przygotowując niejako człowieka na moment ostateczny. Jest jednak tragicznym paradoksem medycyny współczesnej, że chociaż śmierć jest jedynym sposobem radykalnej ucieczki od cierpienia, próbuje ona czynić wszystko, by maksymalnie oddalać śmierć, nawet jeśli oznacza to dramatyczny wzrost naszego cierpienia.

„I AM SUFFERING, THEREFORE I AM”

Suffering is a constitutive attribute of human existence. I cannot be a fully-fledged human being if I am not a sentient being. The authors points out a number of important differences between pain and suffering and argues that the modern reductionist biomedical model of disease totally ignores that distinction and treats equally a person in pain and a suffering person. Medicine can control pain but it is not always able, and perhaps it should not always control suffering. It is for the patient to accept and make sense of his suffering. It is a tragic paradox of modern medicine that although death is sometimes the only effective way to eliminate suffering, some doctors aim to do everything to delay death even if this means a dramatic increase of suffering.