

---

Mihály Szentmártoni  
ODNOS SVEĆENIK – LIJEČNIK – BOLESNIK:  
IZ PERSPEKTIVE SVEĆENIKA  
*Relationship between priest-doctor-patient:  
from the perspective of a priest*

UDK: 614.253  
253:616-52  
Pregledni znanstveni rad  
Primljeno 10/2013.

299  
Služba Božja 3/4 113.

### Sažetak

*Temelj i odrednica odnosa između svećenika i liječnika u pastoralu zdravlja sam je bolesnik, još preciznije, njegovo gledanje na bolest. Nakon razjašnjenja nekih osnovnih pojmova predavanje se raščlanjuje na tri tematske jedinice: Protagonisti pastorala zdravlja; svećenik, liječnik i bolesnik. Osnovno je pitanje samodefinicija protagonista, to jest kako svećenik i liječnik vide svoju ulogu u odnosu na bolesnika. Bolest kao platforma suradnje između svećenika, liječnika i bolesnika. Predlažu se tri modela gledanja na bolest: moralni, medicinski i socijalni model. Svaki od ovih modela ima implikacije na teološkom, pastoralnom i medicinskom planu. Svećenik i liječnik mogu uspješnije djelovati u brizi za bolesnika, ako su svjesni njegova pristupa bolesti. Situacije koje zahtijevaju specifičnu suradnju svećenika i liječnika: terminalni bolesnici, umirući, palijativna terapija. Konačno bolest je tajna (misterij bolesti, patnje i smrti), pred kojom nas obvezuje stav strahopoštovanja, a to je najbolja poveznica suradnje između svećenika, liječnika i bolesnika.*

*Ključne riječi: Protagonisti pastorala zdravlja; poimanje bolesti; misterij bolesti, patnje i smrti; suradnja svećenika i liječnika.*

### UVOD

Polazište je ovog predavanja uvjerenje da je temelj i odrednica odnosa između svećenika i liječnika u pastoralu zdravlja sam bolesnik, još preciznije, njegovo gledanje na bolest. Nakon

razjašnjenja nekih osnovnih pojmova s područja pastoralna zdravlja, predavanje se raščlanjuje na tri tematske jedinice.

1) Protagonisti pastoralna zdravlja; svećenik, liječnik i bolesnik. Osnovno je pitanje ovdje samodefinicija protagonista, tj. kako svećenik i liječnik vide svoju ulogu u odnosu na bolesnika.

2) Bolest kao platforma suradnje između svećenika, liječnika i bolesnika. Predlažu se tri modela gledanja na bolest: moralni, medicinski i socijalni model. Svaki od ovih modela ima implikacije na teološkom, pastoralnom i medicinskom planu. Svećenik i liječnik mogu uspješnije djelovati u brizi za bolesnika, ako su svjesni njegova pristupa bolesti.

3) Situacije koje zahtijevaju specifičnu suradnju svećenika i liječnika: terminalni bolesnici, umirući, palijativna terapija.

Kao sažetak i poruku predavanje predlaže da se bolesti pristupi kao tajni (misterij bolesti, patnje i smrti), pred kojom nas obvezuje stav strahopoštovanja, a to je najbolja poveznica suradnje između svećenika, liječnika i bolesnika.

## 1. NEKI OSNOVNI POJMOVI

Svaka znanstvena disciplina ima svoj specifičan pojmovnik, pa tako i pastoralna zdravlja. Pogledajmo najprije upravo taj naziv.

### 1.1. *Pastoralna zdravlja*

Da bismo prikazali ulogu svećenika u procesu bolničkog liječenja, moramo se najprije zaustaviti na samom pojmu "pastoralna zdravlja". Luciano Sandrin, profesor na Camillianumu, predlaže slijedeću opisnu definiciju: "Pastoralna je zdravlja prisutnost i djelovanje Crkve da pruži Gospodinovu pomoć ne samo bolesnicima, nego i svima onima koji se brinu za njih."<sup>1</sup>

Ipak bih se usudio postaviti jedno pitanje s obzirom na pojam "pastoralna zdravlja ili zdravstva". Mi se ne bavimo ovdje zdravim ljudima, nego bolesnima. Ne bi li bilo prikladnije govoriti o "pastoralu bolesnika?" Zašto se bojimo riječi "bolest" i "bolesnik"?

---

<sup>1</sup> L. Sandrin, *Fragile vita. Lo sguardo della teologia pastorale*, Edizioni Camilliane, Torino 2005., 83.

Ovaj vid pastoral (zdravlja ili bolesnika) bio je shvaćen na različite načine kroz povijest, ovisno o kulturi, o medicinskoj znanosti kao i o teološkoj refleksiji. Pastoral zdravlja često je bio delegiran nekim specijalistima sektora, (bolnički kapelani, profesionalci zdravlja, redovničke kongregacije), dok se danas priznaje kao odgovornost crkvene zajednice u svojoj cjelini.

U pastoralu zdravlja događaju se promjene, određeni pomaci koji zaslužuju posebnu pozornost. Prvi je pomak od pastoral bolesti i s njom povezane patnje i liječenja, prema pastoralu koji je okrenut prevenciji i promociji zdravlja u svim njegovim dimenzijama. Drugi je pomak od pastoral sakramenata prema pastoralu riječi, koji se služi razgovorom i dijalogom. Treći je pomak od pastoral koji se zanima samo za bolesnika prema pastoralu koji gleda i na sve one koji se brinu za njega: članovi obitelji i sanitarno osoblje. Četvrti je pomak od pastoral koji je bio vezan samo za strukture u kojima se liječi pastoral koji obraća pozornost i na širi ambijent u kojem živi osoba.

Poruka je ovih pomaka da pastoral zdravlja zahtijeva kvalificirane svećenike. Pitanje zapravo ima i svoju daljnju varijaciju: je li bolje imati profesionalne bolničke kapelane za zbrinjavanje duhovnih potreba bolesnika, ili je bolje da to čini osobni župnik bolesnika? Odgovor na ovu dilemu vjerojatno ovisi o sanitarnoj jedinici. U velikim bolnicama obično postoji profesionalni kapelan, u malim sanitarnim centrima župnik dolazi na poziv bolesnika. Ovdje bismo trebali pitati zapravo bolesnika, što mu je draže: vidjeti bilo kojeg svećenika ili vidjeti vlastitog župnika? Mislim da je odgovor prilično jasan: vlastitog župnika. No s time se nije odgovorilo na pitanje o odnosu između svećenika i liječnika. Očito da profesionalni bolnički kapelan ima bolju komunikaciju i suradnju s liječnicima i ostalim zdravstvenim osobljem; oni se poznaju međusobno, a poznaju i bolesnika i dijagnozu. Vlastiti župnik nema tu mogućnost, njegov je posjet prolazan.

### *1.2. Terapeutski savez*

Suradnja svećenika i liječnika, ali i suradnja s ostalim protagonistima u zdravstvenim ustanovama zove se "terapeutski

savez”<sup>2</sup> koji je bitan zbog toga, što garantira suglasnost među protagonistima, a to smiruje i daje sigurnost bolesniku. Savez, naime, ima sljedeće sastavnice (komponente): upućuje na izvorno dobro prije bolesti; pokazuje simbolične znakove oslobođenja (liječnik pruža terapijske, svećenik duhovne čine; posljedica i jedne i druge aktivnosti nije samo u neposrednom izlječenju, nego u stavu svećenika i liječnika koji ulijeva nadu); savez je izmjena obećanja: liječnik obećava da će učiniti sve sa svoje strane za fizičko ozdravljenje, svećenik obećava duhovnu potporu, a bolesnik obećava suradnju. Očito, ovaj savez nije formaliziran, ali stoji kao pretpostavka uspješne suradnje.

## 2. PROTAGONISTI PASTORALA ZDRAVLJA

Pastoral zdravlja ima mnogo protagonista, no mi ćemo u ovom predavanju analizirati samo tri glavna aktera: svećenika, liječnika i bolesnika. Ideja vodilja pritom je pitanje, kako ti protagonisti vide sebe, kako definiraju svoju ulogu. O toj definiciji, naime, ovisi opseg, katkad sama mogućnost suradnje.

### 2.1. *Svećenik*

Nije lako definirati ulogu svećenika u kontekstu pastorala zdravlja. Ima različitih pristupa. Kad se radi o profesionalnom bolničkom kapelanu, bitno je znati, kako on vidi sebe i svoju ulogu. Prema jednom istraživanju uočeni su sljedeći modeli identiteta.<sup>3</sup>

#### 2.1.1. *Jednostrani modeli*

1. *Prosvjetitelj* = onaj koji stoji u službi medicine. Ima svećenika, redovnika i pastoralnih savjetnika koji se osjećaju kao pomoćnici liječnika, osobito ako su već dulje vremena zaposleni u nekoj bolnici i imaju dugogodišnje iskustvo. Postavljaju bolesniku pitanja s obzirom na bolest, tumače dijagnozu.

2. *Praktičar* = onaj koji rješava probleme. Ovi pažljivo

---

<sup>2</sup> Usp. P. Cattorini, “Alleanza terapeutica”, *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*, (a cura di G. Città, E. Locci, C. Rocchetta e L. Sandrin), Edizioni Camilliane, Torino 1997., 30-37.

<sup>3</sup> Usp. G. Niklas, *The Making of a Pastoral Person*, Alba House, New York 1980., 26-28.

saslušaju bolesnika kako bi mogli ponuditi neposredno rješenje za njegov problem. Jedna varijanta ove uloge jest „tumač vječnih istina“ koji rješenje nudi u nekom više ili manje prikladno odabranom citatu iz Svetog pisma.

3. *Razveselitelj* = onaj koji želi podići raspoloženje, duh bolesnika. Neki smatraju da im je glavna uloga ulijevati optimizam i nadu u bolesnika. U pozadini ovog stava može biti strah da se suoče s teškim osjećajima poput straha i gorčine kod bolesnika.

4. *Molitelj* = onaj koji duhovno želi podići bolesnika. Neki dušobrižnici radeći s bolesnicima shvaćaju sebe kao onoga koji se za njih moli, često nastoji bolesnika nagovoriti da mole zajedno.

5. *Profesionalac* = onaj koji stoji u službi psihologije. Nastoji što savršenije slijediti naučenu tehniku savjetovanja pa se pomalo gubi osjećaj za osobu bolesnika.

Zajedničko je ovim samodefinicijama, da ulogu svećenika vide samo u odnosu prema bolesniku, ne ostavljajući prostora za suradnju s drugim protagonistima.

### 2.1.2. *Svećenički model*

Zygmunt Zimowski, predstojnik Papinskog vijeća za sanitarne djelatnike, polazi od pretpostavke da medicina treba pastoral ne samo zato da joj pruži etičke i moralne baze za djelovanje, nego i zato da se osiguraju određeni stavovi za vrijeme bolesti. Nije, naime, lako postupati s bolesnicima s kojima se ne može činiti drugo doli biti prisutan. Pastoral može svjedočiti upravo to, da je katkad najvažnija stvar biti prisutan. Samo na ovaj način može se medicina osloboditi od grčevite i očajničke pretpostavke da se ljudski život može kontrolirati na tehnički način. Vjerovati u blagotvorno djelovanje takve tihe prisutnosti pretpostavlja vjeru u postojanje života iznad ovog života.<sup>4</sup> Ovakvo shvaćanje lika bolničkog kapelana polazi od njega kao svećenika, ali ostavlja široku mogućnost suradnje s ostalim protagonistima.

<sup>4</sup> Usp. Z. Zimowski, *Dio ha visitato il suo popolo. Sulla via dell'uomo che soffre*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2012., 214.

### 2.1.3. *Model milosrdnog samaritanca*

Filippo Urso, odgovoran za pastoral zdravlja, vidi ulogu pastoralnog djelatnika u zdravlju po modelu dobrog samaritanca te ga razrađuje u šest etapa.<sup>5</sup>

Prva je etapa postati svjestan bolesnika, čovjeka patnika. Dobri samaritanac vidje čovjeka i na taj je način pokazao da je bio pažljiv. Istovremeno je pokazao odgovornost pred nesretnikom.

Druga je etapa samilost. Smilovao mu se. Tu se pokazuje njegovo čovječstvo koje ulazi u solidarnost s drugima.

Treća je etapa blizina. Nitko nije tražio njegovu prisutnost, sam se približio nesretniku. I onda je djelovao, ne riječima, nego gestama.

Četvrta je etapa kondivizija, sudjelovanje. Radi se o komunikaciji. Ulje i vino mogli bi ovdje simbolizirati sakramente bolesničkog pomazanja.

Peta je etapa praćenje. Natovari čovjeka na svoje živinče i ponese ga u svratište. Tu je osigurao trajnu brigu za čovjeka dok se on ne vrati da vidi kako mu je.

Šesta je etapa suradnja. Drugi dan izvadi dva denara i daje ga gostioničaru. Gostionica danas je bolnica, klinike, sanatoriji, a gostioničar su liječnici i medicinari, bolničari i pomoćno osoblje.

### 2.1.4. *Današnje stanje*

Kako god lijepo zvučao model dobrog Samaritanca, jedva da je primjenljiv u suvremenom zdravstvenom sistemu. Bolesnik u zdravstvenim ustanovama nije "izranjeni putnik" iz Evanđelja, nego je jednostavno "klijent" koji plaća za određene usluge. To mijenja odnos osoblja prema bolesniku. U rječnik ulaze pojmovi, koji zvuče uvredljivo prema bolesniku. U engleskom području to je "value for money", što bi trebalo značiti da medicinska skrb mora odgovoriti cijeni koju bolesnik plaća. Što je sa siromašnima? U njemačkom prostoru čuo sam tužbu jedne časne sestre bolničarke, da nema više vremena i mogućnosti razgovarati s pacijentom, jer dok u jednoj ruci drži čašu vode, u drugoj drži papir na koji mora bilježiti što je uradila i koliko vremena utrošila u to. Za čašu vodu ne daje se više od pola minute! U hrvatskom jezičnom području imam tužno sjećanje

---

<sup>5</sup> Usp. F. Urso, "Il buon samaritano", *Vita Pastorale*, N. 2/2013., 18-20.

iz svijeta mojih kolega kliničkih psihologa, kojima se odredilo koliko treba trajati jedno testiranje, ali nije bilo predviđeno da razgovaraju s osobom, jer se to ne može kvantificirati.

Ukratko, bolničke se usluge temelje na ekonomskoj bazi, a ne humanitarnoj. Ipak, trijada i dalje postoji: svećenik, liječnik, bolesnik.

## 2.2. Liječnik

Liječnik također može shvaćati svoju ulogu na različite načine. Gerald Fath, dugogodišnji pastoralni asistent (dominikanac), duhovito primjećuje: "Umjetnost liječenja pretvorila se u znanost liječenja." Liječenje se sastoji u primjeni sve kompliciranijih procedura i kliničkih ispitivanja (testova) što ima za posljedicu udaljavanja liječnika od bolesnika, iscjeliteljski osobni dodir zamijenjen je tabletama ili hladnim, metalnim objektima, a time se gubi značajni dio ljudskosti u procesu liječenja.<sup>6</sup>

Studenti medicine obično ulaze u profesiju s velikim entuzijazmom i spremnošću da služe bolesnom čovjeku. Nakon određenog broja godina prakse postaju razočarani što se njihova služba ne sastoji u brizi za individualnog bolesnika, nego u primjeni suvremene tehnologije.

Postoji jedna studija koja se bavi slučajevima, kad neki pacijent učini samoubojstvo (obično u psihijatrijskim odjelima, ali ne samo tamo), a liječnik je to slutio, samo nije mogao ništa učiniti da predusretne suicid. Tim su se pitanjem pozabavili dvojica autora s Georgetown univerziteta, Washington.<sup>7</sup>

Autori su pronašli da liječnici i psihoterapeuti mogu imati trajne konzekvencije za svoj osobni i profesionalni život nakon što im je neki pacijent počinio samoubojstvo. Radeći sa suicidalnim pacijentima, psihoterapeuti i drugi profesionalci pomoći moraju se suočiti s mogućnošću da će im pacijent možda počiniti samoubojstvo. Ako se to stvarno dogodi, liječnik, psihoterapeut, svećenik prolaze kroz proces prerade toga traumatskog događaja koji može uključiti niz čuvstvenih reakcija: nevjerica, ljutnja, osjetljivost, krivnja, gubitak samopouzdanja. Ovi se

<sup>6</sup> Usp. G. Fath, "Pastoral Counseling in the Hospital Setting", *Clinical Handbook of Pastoral Counseling*, (ed. Wicks, R. J. – R. D. Parsons – D. E. Capps), Paulist Press, New York 1985., 357-357.

<sup>7</sup> L. S. Goldstein and P. A. Buongiorno, 1984, "Psychotherapists as Suicide Survivors", *American Journal of Psychotherapy*, 38 (1984.) 2, 392-398.

osjećaji mogu podijeliti u dvije kategorije: reakcije liječnika, psihoterapeuta kao osobe i kao službenog predstavnika jedne društvene kategorije. Nevjerica i ljutnja reakcije su osobe, a krivnja i okrivljivanje sebe reakcije profesionalca. Za suočenje s tim osjećajima liječnik, psihoterapeut, svećenik imaju potrebu za supervizijom, tj. da podijele svoje reakcije s nekim od kolega, ako je vjernik, može mu pomoći razgovor sa svećenikom.

### 2.3. Bolesnik

306

Temelj i odrednica suradnje između svećenika i liječnika jest *bolesnik*. Prema mišljenju M. Wilsona, sadašnje je stanje daleko od zadovoljavajućeg do te mjere da se može govoriti o rastavi između religije i medicine. Spomenimo ipak, da je on to pisao godine 1960., no ne čini se da se stanje bitno promijenilo. Ne zbog zle volje, nego zbog toga, što ni jedna od strana ne zna kako bi trebala izgledati ta suradnja, a da se ne miješaju uloge. Bilo je različitih prijedloga, npr. imati u bolnicama poseban odjel za duhovnu medicinu kamo se mogu obratiti pacijenti s duhovnim problemima, ali sam autor smatra da to nema puno smisla, jer bi se malo ljudi javilo.<sup>8</sup>

Htio bih ovdje naznačiti, da je prije nekog vremena iz talijanskoga medicinskog žargona izbrisana riječ “pacijent”, a nadomještava se s “persona assistita”, “zbrinuta osoba”. Nisam sasvim uvjeren, da ova terminološka promjena mijenja i naš stav prema bolesniku, ali bi mogla donijeti novo gledanje na bolesnika kao osobu. Cjelovita medicina ulazi sve više u svijest zdravstvenih radnika kao postulat uspješnog liječenja. Zanimljiv je prigovor jednog teologa o nedostatku suradnje svećenika i liječnika u kontekstu holističkog liječenja: “Problem s današnjim liječnicima je taj, da razdvajaju dušu od tijela. Oni ne priznaju da duša i tijelo spadaju zajedno.” Duhovitost je ovog citata u tome, što potječe od samog Hipokrata, oca medicine. Komentirajući ovo viđenje starog Hipokrata autor zaključuje: „Hipokrat je prije mnogo stoljeća bio više teolog, nego liječnik.“<sup>9</sup>

Koji su pozitivni učinci posjeta svećenika bolesniku? Zanimljivo iskustvo iznosi Don Damsteegt, luteranski pastor, s

---

<sup>8</sup> Usp. M. Wilson, “Religion and medicine; priest and doctor, church and hospital”, *Theology*, 63 (1960.) 480, 232-236.

<sup>9</sup> D. Kortright, “Medicine and Theology: Partners in Holistic Health”, *Journal of the International Theological Center*, 13 (1985.) 1, 77-86.



obzirom na pohod bolesnika koji stoje pred kirurškim zahvatom. Prisutnost svećenika može olakšati prihvaćanje interventa na taj način, što umanjuju strah. Tipične reakcije, naime, na kirurški su zahvat nijekanje težine zahvata, ili tajni osjećaj krivnje da je do bolesti došlo kao posljedica za prošle grijeh. Ovo se može prepoznati po određenom infantilnom ponašanju bolesnika, npr. pretjerana ljubaznost prema medicinskom osoblju. Svećenik nadalje pomaže bolesniku ohrabrujući ga da izrazi i negativne osjećaje, kao što to svjedoče neki psalmi (što se dogodilo s jadikovkama?). Konačno, bolesnik može izraziti želju da se ispovijedi prije kirurškog zahvata.<sup>10</sup>

### 3. BOLEST

Platforma je suradnje svećenika i liječnika bolesnik, točnije, kako bolesnik gleda na svoju bolest.<sup>11</sup> Tu se liječnik i svećenik moraju na neki način složiti, jer ta suradnja može imati i terapeutskih implikacija. Bitno je posebno naglasiti, da se ne radi o tome, kako samo svećenik ili samo liječnik gledaju na narav i podrijetlo bolesti, nego kako na to gleda sam bolesnik. Moguća su tri modela bolesti: moralni model, biomedicinski model i socijalni model.

1. *Moralni model bolesti.* – Ovaj je model najstariji model shvaćanja bolesti i ostaje značajna paradigma za mnoge osobe u svijetu. Prije stupanja na scenu moderne medicine, putem koje smo se navikli gledati unutar organizma za tumačenje bolesti, ljudi su gledali naizvan da nađu uzrok bolesti. Često je taj uzrok bio nadnaravnog karaktera, uključujući demona i Boga. Budući da je Bog stvoritelj svega, prema Bibliji, on je u konačnoj analizi gospodar i bolesti i zdravlja. Po tom modelu bolesnik može tumačiti svoju bolest kao kušnju svoje vjere ili kao kaznu za svoje grijeh.

2. *Biomedicinski model bolesti.* – Ovaj se model povezuje s viđenjem Descartesa koji promatra ljudsko tijelo kao stroj. Kao posljedica Descartesova dualizma između duha i tijela,

<sup>10</sup> Usp. D. Damsteegt, "Pastoral Visits to Presurgical Patients", *Journal of Religion and Health*, Vol. 14, No. 1, 1975., 45.

<sup>11</sup> Usp. A. R. Kelly, "Models of Understanding Chronic Illness: Implications for Pastoral Theology and Care", *The Journal of Pastoral Theology*, 19 (2009.) 1, 22-33.

suvremena se medicina usredotočila na anatomiju i fiziologiju tijela ne uzimajući u obzir psihičku i duhovnu dimenziju zdravlja i bolesti. Moderni liječnici nisu tajili da su više zainteresirani za bolest nego za bolesnika.

Unutar biomedicinskog modela bolest uključuje niz mogućih uzroka: genetskih, stila života, nezgoda. Budući da je bolest smještena u konkretno tijelo, u krajnjoj analizi bolesnik je jedini odgovoran za rješenje problema bolesti. U zadnje vrijeme ipak se obraća više pozornosti i na socijalni kontekst pojedinca, a ne samo na simptome patologije.

3. *Socijalni model bolesti*. – Po ovom su modelu kronične bolesti varijacije “normalnoga”. Različite se ograničenosti promatraju u kontekstu. Ovaj se model u prvom redu primjenjuje na osobe s hendikepom.

### 3.1. *Terapijske implikacije triju modela*

Kako bolesnik gleda na svoju bolest, to se može zaključiti iz načina, kako se bolesnik izražava. Marc Desmet, liječnik i isusovac, primijetio je da su dvije najčešće verzije kako se bolesnik predstavlja liječniku.<sup>12</sup> Prva verzija je: “Ja sam bolestan.” Druga verzija je: “Imam ovu bolest.” I jedna i druga verzija može biti pozitivna, ali ima i svojih negativnih aspekata.

Formula “Ja sam bolestan” može biti interpretirana pozitivno u smislu “ispovijedi”, kao što se to događa u slučaju anonimnih alkoholičara, koji moraju svečano, pred svjedocima preuzeti na sebe odgovornost za svoje stanje. Njihova je formula: “Zovem se XZ, ja sam alkoholičar i ne mogu sebi pomoći, trebam vašu pomoć.” Negativni je aspekt ovog pristupa da se bolesnik može osjećati nemoćan i nije u stanju surađivati u terapiji, već će to prepustiti drugima.

Formula “Imam ovu bolest” može biti interpretirana pozitivno u smislu da se osoba ne identificira s bolešću, već smatra da je ona samo dio cjeline njezina života. Ovaj stav može stvoriti određeni borbeni stav u osobi da surađuje u otklanjanju bolesti. Taj princip primjenjujemo i u psihoterapiji: bitno je da osoba kaže kako ima jedan ili mnogo problema, a ne da je ona problematična osoba. Negativno može biti shvaćanje bolesti kao kliničkog entiteta što ga moraju rješavati liječnici.

---

<sup>12</sup> M. Desmet, *Jour et nuit. Expérience médicale et spiritualité*, Ed. Lessius, Bruxelles 2006., 82.

### 3.2. Teološke implikacije triju modela

Teološke implikacije kroničnih bolesti očito se ne odnose samo na kršćansku perspektivu, ali mi ćemo se osvrnuti uglavnom na tu perspektivu, a radi se o načinima pastoralnog rada unutar zdravstvenih ustanova.

1. *Moralni model.* – Ako se kronična bolest prihvati kao mogućnost rasta u krepostima, onda osoba može dati smisao svojoj bolesti. Međutim, ovakva perspektiva ima i negativnih posljedica. Prihvaćanje boli kao suotkupiteljske patnje, može zasjeniti bitnost osobnog iskustva, a također odbiti terapiju da se umanj ili otkloni bol, smatrajući to kao odbijanje križa. Pritom ne moramo odmah pomisliti na članove nekih religioznih sekta koji iz principa odbijaju svaku liječničku pomoć, nego i na slučaj osoba duboke duhovnosti koja se zove mistika patnje.

Imamo suvremeni primjer u osobi blažene Chiare Luce Badano (1971.-1980.), mlade fokolarinke, koja umire s 19 godine od raka kostiju. Nakon mnogih bolnih terapijskih zahvata, ona odluči dvije stvari: prekinuti liječenje i otkloniti morfij protiv boli. Evo njezinih riječi: „Otklonila sam kemoterapiju jer nije davala nikakve rezultate. Medicina je odložila svoje oružje. Samo Bog može pomoći. Vratile su se boli u kičmi, tako da se jedva pokrećem.“ Ljubav prema križu inspirira je da se odrekne morfija kako bi mogla patiti lucidna, svjesno. Ovako govori: “Ja mogu prikazati Isusu samo bol.” U ovakvim situacijama osjeća se neizbježna suradnja svećenika i liječnika.<sup>13</sup>

2. *Biomedicinski model.* – Čak i osobe koje se smatraju “zdravima” mogu postati žrtve idolatriji tijela. Idealizacija savršenog tijela posljedica je gledanja na tijelo kao na stroj. Ljudi s kroničnom bolešću često konzultiraju profesionalce zdravlja da prate “funkcioniranje” tijela. Kao popratni efekt idealizacije savršenog tijela ima idolatriju medicinskih profesionalaca. Sve više ljudi obraća se liječnicima i oslanja se na lijekove za najrazličitije životne tegobe, što ih ipak ne čini sretnima. Posljedica je toga da se patnja i bolest ne mogu osmisliti. Liječnička intervencija može pomoći da se riješe akutne situacije, ali u slučaju kronične bolesti liječnici se moraju suočiti s frustracijom i razočaranjem. U nekim slučajevima osobe se

<sup>13</sup> Opširnije o životu C. L. Badano i o dinamici mistike patnje: M. Szentmártoni, “La dimensione missionaria della sofferenza: Chiara Luce Badano – testimonianza di fede nella sofferenza”, *Studia Missionalia*, 61 (2012.), 393-408.

obraćaju alternativnim terapijama, različitim karizmatiskim iscjeliteljima, što katkad stvara u njima osjećaj stida ili krivnje, pa to taje i od svećenika.

Nadalje, osobe koje duboko vjeruju u biomedicinski model bolesti mogu se osjećati krivim što su bolesni i odgovorni za izlječenje. Ovome nemalo doprinosi preveliki naglasak prevencije: na kraju se zaključuje da je osoba kriva što je bolesna, jer nije živjela “zdravim životom”, što nije išla na redovite liječničke preglede, Mislim da to nije opravdano, jer osim što je osoba bolesna, još se stvara u njoj osjećaj krivnje da je sama odgovorna za svoju bolest.

310

3. *Socijalni model.* – Ovaj model gleda na bolesnu osobu kao na takvu koja ne može funkcionirati prema iščekivanjima društva, tj. nije više “koristan član” društva. Ima za posljedicu osjećaj beskorisnosti i manje vrijednosti. Ti osjećaji mogu se sukobiti s teološkom istinom da je svatko vrijedan u Božjim očima. Osoba se može udaljiti od obitelji, prijatelja i svoje vjerske zajednice. Opasnost je da se osoba zatvori u samoću.

### 3.3. *Implikacije za pastoralnu teologiju i praksu*

Kako su se razvijale kroz stoljeća gornji modeli, tako se mijenjalo i shvaćanje pastoralne brige za bolesnika.

*Klasična paradigma* bila je predominanti pastoralno-teološki pristup do pedesetih godina prošlog stoljeća. U toj paradigmi svećenikov doprinos bio je uglavnom preko sakramenata, molitava, posjeta individualnog bolesnika. Cilj pastoralne brige bio je spasenje duše bolesnika. Nema sumnje, da praktični vjernici nalaze utjehu i ohrabrenje u sakramentima. Međutim ovaj pristup ne uzima u obzir, da bolesnik može imati negativne osjećaje prema Bogu, osjećaje pobune i krivnje.

*Klinička paradigma* (ili terapijska paradigma) upotrebljava metode psihoterapije i psihologije kao prizmu analize situacije. Te su metode: aktivno slušanje, bezuvjetno prihvaćanje, kontaktiranje s članovima obitelji, trajni odnos s pacijentom. To pomaže bolesniku da se osjeća članom jedne šire zajednice, bilo obiteljske, bilo crkvene.

*Zajedničarsko-kontekstualna* paradigma ide još dalje i nastoji angažirati čitavu vjerničku zajednicu, izgrađujući mrežu odnosa. Time se vraćamo na definiciju da je pastoral zdravstva zadaća čitave vjerničke zajednice. Tu su uključeni i dobrovoljci.

Snaga je ove paradigme u tome, da može pomiriti, složiti u harmoničnu suigru moralni, biomedicinski i socijalni model bolesti. Teološka je poruka u tome, da bolest i patnja nisu “samo sredstva”, nego da je u boli i patnji prisutan Bog. “Bog je s nama u patnji.”

#### 4. GRANIČNE SITUACIJE

##### 4.1. *Terminalni bolesnici (E. Kübler-Ross)*

Kad se radi o terminalnim bolesnicima, postoje dva modela pristupa koji se na prvi pogled mogu učiniti konfliktnim, ali u dubljoj analizi i tu se može naći zajednički teren suradnje između svećenika i liječnika. Radi se o modelu Elizabeth Kübler-Ross i o modelu Ars moriendi. Prvi je medicinski model i ide za tim da ulije nadu bolesniku u ozdravljenje, drugi je duhovni model i ide za tim da spremi bolesnika na smrt.

Analizirajući stavove osoba pogođenih neizlječivom bolešću, Elizabeth Kübler-Ross prepoznala je pet susljednih faza u pokušaju da se suoči s mišlju o vlastitoj smrti. Riječ je o obrambenim mehanizmima koji štite osobu od očaja.<sup>14</sup>

1. *Poricanje i izolacija.* – Prva reakcija na vijest o smrtonosnoj bolesti obično je poricanje: “Ne, ja ne, to ne može biti.” To je odbacivanje samo po sebi zdravi način suočavanja s neugodnom i bolnom situacijom, jer omogućuje bolesniku da ne gubi hrabrost i, s vremenom, pokrene druge, manje radikalne, obrane.

Pastoralni moment: nije prikladno u ovoj fazi nuditi bolesniku bolesničko pomazanje, jer će ga odbiti govoreći da nije na umoru. Ako to učini, svećenik se ne mora bojati da je to znak nevjere ili nepoštovanje sakramenta, nego je psihološka reakcija obrane.

2. *Srdžba.* – Kada prva faza poricanja više ne može trajati, namjesto nje se javljaju osjećaji ljutnje, zavisti i srdžbe. Iduće je pitanje: “Zašto ja?” Nasuprot poricanju, s fazom srdžbe obitelji i osobe koje pomažu bolesniku vrlo se teško nose. Bolesnik svoju srdžbu iskaljuje na sve i na čitavu svoju okolinu, i pritom to čini katkad gotovo nasumce. I svećenik i liječnik mogu se naći na udaru ove srdžbe, dapače sam Bog koga bolesnik optužuje za nepravdu prema njemu.

<sup>14</sup> E. Kübler-Ross, *La morte e il morire*, Cittadella, Assisi 1984.

Pastoralni moment: Ne smije se zaustaviti na vanjskom izljevu gnjeva, već treba vidjeti u tome obrambeni mehanizam. Srdžba je vapaj bolesnika da ne bude zaboravljen. Treba znati saslušati bolesnika, ali se to može učiniti samo pod uvjetom da smo se sami suočili s vlastitim strahom od smrti. Korisno je prisluškivati, kakva je njegova slika o Bogu, je li to Bog koji ga kažnjava, ili Bog koji ga voli?

3. *Čjenkanje*. – Treća je faza kompromis. Bolesnik pokušava postići neku vrstu dogovora, u nadi da će odgoditi neizbježno. I to je obrambeni mehanizam: svima su nam poznate te reakcije kada promatramo djecu, koja kada nešto hoće, prvo to zahtijevaju od roditelja, a onda uljudno zamole.

Pastoralni moment: Svećenik može obratiti pozornost na to, što bolesnik obećava Bogu, jer se vjerojatno tu osjeća krivim, npr. da će više poštovati ženu/muža, neće više piti, ići će redovito u crkvu, itd. Obećanja, a pogotovo zajveti obično nemaju veliku duhovnu vrijednost, budući da nisu motivirani preuzimanjem nekih vrednota, nego strahom od smrti.

4. *Depresija*. – Kada neizlječivi bolesnik nije više u stanju poricati stvarnost, kada je prisiljen podvrći se operativnom zahvatu ili liječenju i osjeća se sve slabije, živahnost i vedrina polako splašnjavaju. Ravnodušnost i hladnokrvnost, gnjev i ljutnju ubrzo će zamijeniti svijest o teškom stanju do kojeg je dovela bolest od koje pati. Tada se javljaju dvije vrste depresije: reaktivna, uzrokovana do sada pretrpljenim gubitcima; i pripremna, vezano uz gubitke koji tek trebaju uslijediti.

Pastoralni moment: Pripremnu depresiju u pravilu karakterizira šutnja osobe. U bolovima koje osoba osjeća neposredno prije smrti suvišna je gotovo svaka riječ. Više vrijedi osjećaj uzajamne povezanosti, i u tu svrhu od veće je koristi određena gesta: dovoljno je pomilovati osobu po ruci ili kosi, ili jednostavno biti uz nju u šutnji. To je trenutak u kojem bolesnik može tražiti molitvu, jer se počinje baviti sadašnjom stvarnošću, radije no prošlošću. I svećenik čini dobro ako ostane neko vrijeme uz bolesnika u tišini, a ne samo obavi obred pričesti ili izreče neke obredne molitve.

5. *Prihvaćanje*. – Ako je neki bolesnik imao dovoljno vremena (smrt ga nije iznenada snašla) i pomoglo mu se da prevlada gore opisane faze, doći će u stanje u kojem neće biti ni depresivan ni ljut zbog svoje sudbine. Nakon što je izrazio različite osjećaje – zavist prema aktivnim i zdravim osobama, gnjev prema onima

koji ne moraju tako skoro umrijeti kao on, žalost na pomisao da mora ostaviti tolike osobe i draga mjesta – ići će ususret svome svršetku s određenom smirenošću.

Pastoralni moment: Posjeti nisu više toliko poželjni, bolesnik nema više volje govoriti; prednost ima neverbalna komunikacija s bolesnikom. Može nas primiti za ruku i tražiti da budemo s njim u šutnji, gotovo kao da se time želi uvjeriti da ćemo biti uz njega sve do kraja. To je također vrijeme u kojem, više no sam bolesnik, njegova obitelj općenito treba pomoć, razumijevanje i potporu. Očito, da je to najprikladnije vrijeme i za sakrament bolesničkog pomazanja, osobito Popudbine.

#### 4.2. Spremanje na zadnje putovanje: *Ars moriendi*

*Ars moriendi* (umijeće umiranja) skupni je naziv za niz tekstova namijenjenih u prvom redu svećenicima kao pomoć u njihovoj službi pomaganja umirućima. U njima je ponajprije obrađeno pet napasti kojima sotona opsjeda osobu na umoru: sumnja u vjeru, očaj zbog grijehâ, navezanost na zemaljska dobra, nestrpljivost zbog vlastitog trpljenja i ponos na vlastite kreposti. Te su knjige bile osobito raširene u 14. i 15. stoljeću, kada su se njima počeli služiti i laici. Tekstovi su bili često ilustrirani slikama na kojima je prikazivana osoba na smrtničkoj postelji te oko nje anđeli i đavoli koji se bore za njezinu dušu.<sup>15</sup> Za svaku napast postoji točno određeni lijek i zadatak je duhovnog prijatelja ili svećenika, a ne više članova obitelji umirućeg, sudjelovati u toj posljednjoj borbi protiv tih napasti.

1. *Napast protiv vjere*. – To je najteža napast jer je vjera preduvjet za spasenje duše. Umirući se priprema na susret s Bogom, koji će suditi njegov život i njegova djela; vjera je nužna također zato da se smrt i sud smjesti u istu viziju.

Lijek napasti protiv vjere taj je da oni koji pomažu bolesniku mole *Vjerovanje* na glas. Time se izrađuje *kognitivna mapa* koja omogućuje umirućem sagledati sva svoja prošla iskustva te smjestiti svoj život u okvir djela spasenja. Ne radi se, naime, o mehaničkom recitiranju *Vjerovanja*, nego o posvješćivanju

<sup>15</sup> Usp. R. Rudolf, *Ars moriendi*, Böhlau, Köln 1957., 69-74. Jedan od najuglednijih starih pisaca je Erazmo Roterdamski (1466.-1536.), *Ars moriendi: De praeparatione ad mortem* (1534.), talijanski prijevod: *La preparazione alla morte*, Paoline, Roma 1984.

velikih poruka Vjeronanja: Bog te je stvorio, Isus te je otkupio, postoji oprostjenje grijeha i život vječni. To može biti praktičan savjet svima onima koji pohađaju bolesnika pa se pitaju kakve molitve govoriti. Vjeronanje je u ovoj situaciji najprikladnija molitva.

2. *Očaj zbog grijeha.* – Točno je da umirući trpi u tijelu, ali njegova trpljenja još više pojačava sjećanje na grijeha i pogreške iz prošlosti.

Lijek je za tu napast obećanje spasenja, koje ne ovisi o našim zaslugama, već je besplatni dar milosrdnoga Boga.

3. *Nestrpljivost zbog dugotrajnog trpljenja.* – Premda je određena nestrpljivost predvidljiva, ona ipak nije prihvatljiva, jer se žaljenje na trpljenje smatra pobunom protiv ljubavi i volje Božje.

Lijek je za tu napast u tome da se vlastite patnje prinesu Bogu, prihvaćajući ih kao vremenitu zadovoljštinu. Ovdje se primjećuje bitnost pozitivne slike o Bogu koji ne kažnjava osobu bolešću, nego je poziva na sudjelovanje u Kristovim patnjama.

4. *Samodopadnost, odnosno duhovna preuzetnost.* – Bolesnik može u određenom trenutku biti zadovoljan samim sobom, gotovo kao da želi reći: “Gledajte kako sam dobar, kako sam čvrst u vjeri!” To se može dogoditi pod utjecajem nekog uzora ili ideala koji pokazuje kako se umire sveto.

Lijek je za tu napast taj da se osoba obazre na vlastitu krhkost i nepostojanost te se sjeti da Božja milost ne ovisi o našim djelima.

5. *Pretjerana briga.* – Namjesto da prihvati neposrednu smrt, bolesnik se nastavlja baviti svojim poslovima, zaokupljen je materijalnim dobrima i osobnim odnosima. Najčešće ova se briga odnosi na djecu i ostale članove obitelji za koje umirući želi osigurati sve kad njega više ne bude.

Lijek je u tome da svećenik uputi umirućem neka ozbiljna pitanja i opomene, tako da ga uvjeri da se realno suoči sa situacijom, tj. da njegove brige nisu osobe koje ostaju, nego njegov susret s Bogom.

Najzanimljivija je značajka knjigâ o umijeću umiranja činjenica da ni zdravstveni uvjeti ni članovi obitelji ne igraju bitnu ulogu u tome presudnom iskustvu, koje se promatra kao duhovnu pustolovinu: borbu za život duše i istodobno poraz tijela. Na slikama u jednom od izdanja te knjige prikazan je umirući okružen duhovnim likovima: Kristom na križu, Marijom



i svecima, anđelima ali i zlodusima. Jedan od anđela drži plašt kojim umirućeg štiti od dviju osoba, koje predstavljaju članove njegove obitelji. Poruka je te slike da se umiranjem prekidaju veze sa životom i ulazi u Kristovu prisutnost prožetu ljubavlju.

#### 4.3. *Palijativna terapija*

Ovdje je mjesto da se spominje i *palijativna terapija*. Ne ulazim detaljnije u to područje, jer na programu nalazi se posebno predavanje o toj temi. Želim samo naznačiti, da je palijativna medicina prisutna i u Hrvatskoj. Upravo je izašao iz tiska udžbenik *Osnove palijativne medicine*.<sup>16</sup> Svrha je palijativne terapija osigurati moguću najbolju kvalitetu života za bolesnike za koje medicina nema više mogućnosti za izlječenje. Ciljevi su palijativne terapije: potvrđuje vrijednost života smatrajući smrt naravnom pojavom; niti produžuje niti skraćuje život bolesnika; brine se za ublaživanje boli i drugih simptoma; integrira psihološke i duhovne aspekte kod brige za bolesnika; osigura sistem podrške kako bi bolesnik mogao sudjelovati u životu zajednice što aktivnije moguće; osigura sistem podrške za članove obitelji da mogu suživjeti s bolešću, a nakon smrti sa žalovanjem.<sup>17</sup>

Dobar prikaz o područjima palijativnog zbrinjavanja osoba s katoličke perspektive imamo u studiji Kathryn A. Holewa i Johna P. Higginsa.<sup>18</sup> Palijativna je terapija aktivna briga, usredotočena na osobu, a ne na bolest. Gledano s točke gledišta potrebe osobe, imamo tri područja brige

1) *Fizičke potrebe*: kontrola boli, briga oko simptoma, palijativni kirurški zahvat, eksperimentalne terapije. To su kompetencije *liječnika*.

2) *Emocionalne potrebe*: topla ljudska podrška, komunikacija, razumijevanje tjeskobe i depresije, potreba pripadnost. To su kompetencije i osoblja i šire zajednice *prijatelja*.

<sup>16</sup> *Osnove palijativne medicine* (uredili V. Dorđević, M. Braš i L. Brajković), Medicinska naklada, Zagreb 2013.

<sup>17</sup> Usp. V. Ventafridda, "Cure palliative", *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*, nav. djelo, 325-326.

<sup>18</sup> K. A. Holewa and J. P. Higgins, "Palliative care – the Empowering Alternative: a Roman Catholic Perspective", *Trinity Journal*, 24 (2003.) 2, 207-219.

3) *Duhovne potrebe*: biti u miru s Bogom i sa sobom, pomoći da se napuste stvari, nalaženje smisla života. To su kompetencije *svećenika*, odn. duhovnog savjetnika.

Iz ovih ciljeva postaje jasno da je suradnja između različitih protagonista, uključujući i svećenika, od temeljne bitnosti za palijativnu skrb bolesnika.

#### ZAKLJUČAK

Zaključak znanstvenih i stručnih predavanja trebao bi biti određena sinteza sadržaja diskusije. Kad je riječ o bolesti, patnji i smrti, mislim da smijemo krenuti drugim putem: radi se o tajnama, koje će uvijek ostati nedokučive ljudskom razumu. Na pitanje “Zašto bolest, patnja i smrt?” nemamo zadovoljavajući odgovor. Pred tajnom čovjek zauzima stav strahopoštovanja. I upravo bi taj stav mogao biti ključ shvaćanja odnosa između svećenika, liječnika i bolesnika. U tijeku rasprave postulirali smo da je platforma i okvir suradnje svećenika, liječnika i bolesnika bolest kako je shvaća bolesnik. Unutarnja je poveznica te suradnje, međutim stav ovih protagonista pred *tajnom bolesti* (i smrti), a taj stav mora uključiti u sebi barem neke rudimentarne elemente *strahopoštovanja*.

#### BIBLIOGRAFIJA

- Damsteegt D., “Pastoral Visits to Presurgical Patients”, *Journal of Religion and Health*, 14 (1975.) 1, 43-49.
- Desmet M., *Jour et nuit. Expérience médicale et spiritualité*, Lessius, Bruxelles 2006.
- Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*, (a cura di G. Città, E. Locci, C. Rocchetta e L. Sandrin), Edizioni Camilliane, Torino 1997.
- Fath G., “Pastoral Counseling in the Hospital Setting”, *Clinical Handbook of Pastoral Counseling*, (ed. Wicks, R. J. – R. D. Parsons – D. E. Capps), Paulist Press, New York 1985., 349-359.
- Goldstein L. S. and P. A. Buongiorno, 1984, “Psychotherapists as Suicide Survivors”, *American Journal of Psychotherapy*, 38 (1984.) 3, 392-398.
- Holewa K. A. and J. P. Higgins, “Palliative care – the Empowering Alternative: a Roman Catholic Perspective”, in *Trinity Journal*, 24 (2003.) 2, 207-219.
- Kelly R. A., “Models of Understanding Chronic Illness: Implications for Pastoral Theology and Care”, *The Journal of Pastoral Theology*, 19 (2009.) 1, 22-33.

- Niklas G., *The Making of a Pastoral Person*, Alba House, New York 1980.
- Osnove palijativne medicine* (uredili V. Đorđević, M. Braš i L. Brajković), Medicinska naklada, Zagreb 2013.
- Ratray L. H., "Significance of the chaplain within the mental health care team", *The Psychiatrist*, (2002.) 26, 190-191.
- Sandrin L., *Fragile vita. Lo sguardo della teologia pastorale*, Edizioni Camilliane, Torino 2005.
- Scott E. M., "Combining the roles of "Priest" and "physician": A clinical case", *Journal of Religion and Health*, 18 (1979.) 2, 160-163.
- Szentmártoni M., *Osjetljivost za čovjeka – Pastoralna psihologija*, Glas Koncila, Zagreb 2009.
- Szentmártoni M., "La dimensione missionaria della sofferenza: Chiara Luce Badano – testimonianza di fede nella sofferenza", *Studia Missionalia*, 61 (2012.), 393-408.
- Urso F., "Il buon samaritano", *Vita Pastorale*, N. 2/2013., 18-20.
- Wicks, R. J. – R. D. Parsons – D. E. Capps, *Clinical Handbook of Pastoral Counseling*, Paulist Press, New York 1985.
- Wilson M., "Religion and medicine; priest and doctor, church and hospital", *Theology*, 63 (1960.) 480, 232-236.
- Zimowski Z., *Dio ha visitato il suo popolo. Sulla via dell'uomo che soffre*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2012.

## RELATIONSHIP BETWEEN PRIEST-DOCTOR-PATIENT: FROM THE PERSPECTIVE OF A PRIEST

### *Summary*

Foundation and determinant of the relationship between the priest and physician in health care pastoral is the patient himself, more precisely, his view on illness. After clarifying some basic terms, the lecture is divided into three thematic units: *The protagonists of pastoral care in health*; priest, physician and patient. The basic issue is the protagonist's self-definition, i.e. the priest's view and the physician's view of their role in relation to the patient; *Illness as a platform of cooperation between the priest, doctor and patient*. Three models of looking at illness have been proposed: moral, medical and social model. Each of these models has implications on the theological, pastoral and medical level. The priest and the doctor can act more successfully in caring for the sick if they are aware of his approach to illness; *Situations that require specific priest and doctor cooperation*:

terminal patients, the dying, palliative therapy. Ultimately illness is a secret (the mystery of illness, suffering and death), before which the attitude of reverence obliges us, and that is the best link for the priest-doctor-patient cooperation.

Key words: *Protagonists of pastoral care in health; understanding of illness; mystery of illness, suffering and death; cooperation between priest and doctor.*