
EKSISTENCIALNA VPRAŠANJA MED TRPLJENJEM IN PALIATIVNO NEGO

Klelija Štrancar

Uvod

Prispevek obravnava odnos spremljevalca do bolnika z diagnozo neozdravljive bolezni. Razdeljen je na tri dele: odnos do umiranja in smrti v sodobni družbi; glavne značilnosti paliativnega pristopa in osredotočenost na pomen duhovnosti; eksistencialna miselnost Martina Heideggerja kot možnost poglobitve duhovne podpore v paliativni oskrbi. Članek je podprt z analizami izjav bolnikov in njihovih svojcev. Izjave se opirajo na podatke iz širše raziskave, ki je potekala na terenu ter v treh slovenskih bolnišnicah.¹ Raziskava je potekala v obliki pogovorov, neposredne udeležbe in analize obstoječe dokumentacije bolnikov (popisov bolezni). Pogovori so bili osredotočeni na doživljanje bolezni, pri čemer je bila vsa pozornost usmerjena na tiste bistvene fenomene, ki jih Heidegger opisuje v svoji eksistencialni analizi. Za naš namen je bil poudarek na fenomenu tesnobe, ki napotuje k razumevanju samolastne eksistence kot tubiti. Pogovori so potekali na način, ki je skušal čim bolj dopustiti, da bolniki in svojci izrazijo svoja občutja in svoje misli. S tem se je odpiral prostor za celovitejši fenomen njihovega doživljanja, ne da bi bil vnaprej omejevan z določenim okvirom pogovora. V izjavah so bili prepoznani temeljni fenomeni, ki razkrivajo človeka v njegovi izvorni danosti, to je v načinu njegovega življenja. Zlasti fenomen tesnobe, ki smo ga želeli izpostaviti, je dobil svoj konkreten izraz v praksi.

¹ Izjave so bile zbrane na terenu za namen raziskave v času magistrskega študija na temo *Umiranje kot družbeni pojav: paliativna oskrba in hospic* (Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede 2004) ter v okviru doktorskega študija na temo *Eksistencialna misel pri Martinu Heideggerju in Emmanuelu Levinasu ter njena uporaba pri duhovnem spremljanju v paliativni oskrbi* (Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Teološka fakulteta 2014).

Namen raziskave je bil pokazati na pomembnost in vlogo eksistencialno-fenomenološkega pristopa v kontekstu paliativne oskrbe in podati njen prispevek k t. i. duhovni oskrbi.

Značilnosti umiranja in smrti v sodobni družbi

Umiranje in smrt sta v sodobni družbi neželeni temi, čeprav sta po drugi strani zaznamovana s krvavim nasiljem in uničevanjem življenj, ali nasprotno, s tragično-romantičnim pridihom poslavljanja v času umiranja. Vse to lahko spremljamo v filmih, časopisih, televizijskih poročilih, v video igrinah itd. V zvezi s tem predstavljata umiranje in smrt neki oddaljeni dogodek, ki se bo nekoč zgodil, toda sedaj nekako ne sodi v kontekst življenja in se nas kot opazovalcev niti ne tiče. Umiranje in smrt imata mesto v za to namenjenih prostorih, kot so bolnišnice, domovi starejših občanov in hospici. Posledica takšne naravnosti mišljenja in ravnanja je pripeljala do privatizacije, institucionalizacije in medikalizacije umiranja in smrti. Zlasti bolnišnice so postale osrednji prostor za umirajoče, kjer jim medicina skuša podaljševati življenje. Glede na to, da je medicinska znanost usmerjena v diagnosticiranje in zdravljenje, ne moremo pričakovati, da bo zajela širši spekter človekovih potreb, kot so psihosocialne, duhovne, religiozne in druge. Le-te ostajajo največkrat spregledane in zanemarjene. V zvezi s prevlado znanosti na vseh področjih življenja se navezujemo na Horvatovo misel, ko v svoji disertaciji pravi, da slepo priseganje na znanost služi lahkomiselnim željam potrošnikov, ki bi radi ostali večno mladi in zdravi. Meni, da je to prava norost današnjega časa. Poglejmo samo na starost, ki je »postala bolezen, proti kateri se je potrebno boriti z vsemi sredstvi«. Seveda pa s tem ne trdi, da bi morali znanost ukiniti, sploh ne, pač pa ji je treba postaviti meje in s tem preprečiti, da posega na področja, »kjer nima kaj iskati«. ² V nadaljevanju se zgrozi ob spoznanju, da je dobila znanost oblast nad življenjem in smrtjo. Pravi škandal je, »da velja danes človek za zdravega šele tedaj, ko to potrdi ustrezni strokovnjak, ekspert, tj. znanstvenik«. V zvezi s tem opozarja, da mora človekov

² J. Hrovat, *Arheologija biti: telesnost med subjektiviteto in objektiviteto*, doktorska disertacija (Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta 2008), str. 171–172.

odnos do lastnega telesa, do samega sebe, ostati najprej etični odnos in temu odnosu morajo biti podrejene druge znanosti, kot so medicina, biologija, kemija, genetika itd. Telo (človek) ni objekt, ki bi ga poljubno prenavljali, pomlajevali in ga za vsako ceno ohranjali pri življenju, temveč je poudarek na tem, da ima življenje »svoj rok trajanja«, za katero ni nikakršne garancije.³ V tem kontekstu prevlade znanosti lahko razumemo, zakaj bolniki in svojci pričakujejo od medicine več, kot ta zmore. Umirajoči bolnik M. tako opiše svoja pričakovanja: »*Nisem skušal obremenjevati zdravnika z vprašanji, kaj mi je in kako me bodo zdravili. Se mi zdi, da sem prišel v neke roke, ki me bodo rešile.*«

Tako so ob prevladi znanstvene medicine, kjer je pogosto v ospredju telo kot objekt, zanemarjeni drugi aspekti človeka. Zanemarjene so že prej omenjene psihosocialne, duhovne in religiozne potrebe, ki so v času umiranja še posebej izpostavljene. Te potrebe želijo biti prepoznane in upoštevane, zato ni vseeno, kdo in na kakšen način pristopa k bolniku in njegovim svojcem.⁴ V prvi vrsti je potreben »pogum za resnico – kot zavestno življenje v senci smrti«, še posebej je ta pomemben za zdravstveno osebje, ker je:

odnos do pacienta, posebno do umirajočega, zelo odvisen od tega, kako globoko je zdravnikovo vedenje o njegovi lastni umrljivosti. Da, celotno razumevanje samega sebe in zdravnikov poklicni etos ter etos drugih zdravstvenih poklicev je odvisen od bivanjske odločenosti za zavestno resnico o smrti. Odločitev, da svojemu umrljivosti zavestno pogledaš v obraz in da potem s tega vidika poglobiš osmišljanje življenja, se nahaja na ravni temeljne odločitve. To je hkrati odločitev za tisto življenje, v katerem smrt ni več prekletstvo. Če se nekdo nenehno izogiba misli na smrt, ne more temeljne odločitve za resnično in dobro na splošno niti vzdržati niti ne more na njeni osnovi izoblikovati celostnih življenjskih drž.⁵

Pomanjkanje takšne naravnosti, ki se kaže kot slaba in nezadostna pripravljenost na soočenje z umiranjem in smrtjo, se pri zdravstvenem osebju kaže kot neznanje in nemoč, osebna stiska, občutek krivde, emocionalne potlačitve, kar vodi v izogibanje in odmikanje tako od bolni-

³ *Prav tam.*

⁴ Prim. H. M. Chochinov, »Dignity in Care: Time to Take Action«, *Journal of Pain and Symptom Management* 46, 5, 2013, str. 757–758.

⁵ B. Häring, *Svobodni v Kristusu* (Celje: Mohorjeva družba 2001), str. 83.

kov kot njihovih svojcev. Bolnik H. je tako občutil izogibanje: *»Imel sem občutek, da so zdravniki tako zasedeni, da niso imeli časa, da bi razložili, kaj se dogaja z menoj. Vse, kar sem razumel, je bilo to, da sem bil dva tedna tu, da ni obsevanj in ne bo obsevanj. Bil sem potr. «* Posledice nezadostne priprave in pomanjkanje večšin v odnosu do umiranja in smrti prinaša bolnikom in njihovim svojcem ponižujoče razočaranje, ki je včasih bolj boleče kot sama misel na smrt. Boleče razočaranje je bolnica P. izrazila z naslednjimi besedami: *»Prepuščen si na milost in nemilost negovalcu. Človek je popolnoma nemočen in nič ne moreš, kot se prepustiti in požreti kakršenkoli odnos.«* Raziskave dosledno kažejo, da se večina bolnikov in njihovih svojcev ne pritožuje toliko zaradi napak (*»misadventure«*), pač pa zaradi neprimerne odnosa in pomanjkanja skrbi.⁶ V sistemu zdravstvenega varstva so umirajoči bolniki pogosto predmet agresivnih raziskav in mučnega podaljševanja življenja. Načini sodobnega umiranja postavljajo s tem pod vprašaj dostojanstvo človekovega življenja ter mirne in neboleče smrti. Poglejmo nekaj izjav bolnikov o doživljanju v času težke bolezni:

Bolnica A. pravi: *»Samo konec si želim.«*

Bolnik H.: *»Če odpovejo moči, nobenega upanja ni več.«*

Bolnik J.: *»Nobena stvar me ne potolaži, ker nimam pogojev za to.«*

Bolnica F.: *»Čisto tako kot en tak teliček, se mi zdi, da ležim tu.«*

Bolnik N.: *»Zdi se, da tukaj zdravniki gledajo samo tumorje, ne gledajo človeka globalno.«*

Bolnik D.: *»Veliko razmišljam, še bolj na čustveni bazi.«*

Bolnica Z.: *»Tisto rdečo nitko vlečejo, ko je vse skupaj nič.«*

Bolnik I.: *»Groza me je tu in nočem misliti, ker me je groza. Ne morem razumeti, kaj se dogaja, če bi se poglobil, bi utonil v sebi.«*

Bolnica D.: *»Jaz sem sicer bolna, ampak nisem pa neumna, ne.«*

Izjave so primeri duhovnega in čustvenega trpljenja ter hkrati, kot smo že omenili, odpirajo dileme človekovega dostojanstva. Bolniki doživljajo krivičnost in se sprašujejo, zakaj je to doletelo ravno njih, imajo občutek nevrednosti in težko jim je ob misli, da so svojcem in negoval-

⁶ Prim. R. Thamblyn, »Physician Scores on a National Clinical Skills Examination as Predictors of Complaints to Medical Regulatory Authorities«, *JAMA* 298, 2007, str. 993–1001; po H. M. Chochinov, »Dignity in Care: Time to Take Action«, *Journal of Pain and Symptom Management* 46, 5, 2013, str. 757.

cem v breme. Navdaja jih brezup, saj ne vidijo nobenega smisla, zato bolezen velikokrat doživljajo kot krivdo in kazen. Ob vsem tem jih spremljata jeza in občutek, da jih nihče ne razume, kar vodi v umik in izoliranost oz. osamljenost. V ozadju tega doživljanja bo pozoren spremljevalec oz. negovalec prepoznal človekovo ranljivost in krhkost, prepoznal bo strah. Bolnica A. v hudi stiski izjavi: »Strah me je, ne razumem, da se to dogaja meni, to ni logično, ne vem, kaj se dogaja«. Bolnica E. pa zaprosi: »Bodite tu z menoj ponoči, ker me je strah. Ne da se opisati, kako grozne so noči.« Nikoli ne bo dovolj poudarjeno, kako pomembna je ljubeča skrb in kako pomembno je sočutje negovalcev, »ki naj se izrazi na tak način, da bolnik spontano zasluti, da ni odpisan, ampak da kot človek veliko pomeni posebno v tem trenutku«. ⁷ To nam bolnica D. sporoča z naslednjimi besedami: »Lepa beseda, samo lepa beseda, pa lep pozdrav. Samo to, ker človek rabi besedo, dokler je živ, samo da ti da lepo besedo, da vidiš, da nisi odveč, da te, tudi če si bolan, še spoštujejo, da nisi samo številka«.

Zdravniki oz. zdravstveno osebje bi moralo biti bolj pozorno na bolnikovo trpljenje, kajti sočasno s fizičnimi bolečinami, ki jih povzročata bolezen, se pojavijo tudi bolečine, povezane z duhovnim trpljenjem. To trpljenje je pogosto posledica bolnikovega iskanja odgovorov na globlja življenjska vprašanja, kot so: *Zakaj se to dogaja meni? Kaj se bo zgodilo z menoj? Kaj sploh pomeni to moje življenje?* Ob vseh teh zahtevah in izzivih pa se postavlja vprašanje, kako koncept duhovnosti vnesti v zdravstveno prakso, vzgojo in izobraževanje. Ch. Puchalski je prepričana, da bi bili zdravniki boljši in resnični partnerji bolnikov, če bi znali prisluhniti bolnikovim strahovom, upanjem in skrbem ter vse to vključiti v načrt zdravljenja. ⁸

⁷ Häring, n. d., str. 99.

⁸ Prim. C. Puchalski, »The role of spirituality in health care«, *Baylor University Medical Center Proceedings* 14, 4, 2001, str. 356.

Dr. Christina Puchalski je izredna profesorica na Oddelku za zdravstvene vede na Fakulteti za medicino na Univerzi Georgea Washingtona v Washingtonu. Je tudi ustanoviteljica in izvršna direktorica Inštituta za duhovnost in zdravje Georgea Washingtona (GWish), ki razvija pedagoške, klinične in raziskovalne programe za zdravnike in ostale strokovnjake v zdravstvu, ki se osredotočajo na vlogo duhovnosti v zdravju in medicini. Christina Puchalski je mednarodno znana voditeljica in pionirka na področju duhovnosti in zdravja. Njeni učni programi so poželi veliko priznanj in postali model za inovativne programe po celi državi. C. Puchalski, »Dr.

Paliativni pristop in pomen duhovne oskrbe

V takšnih razmerah ponuja paliativna oskrba rešitev; s celostnim pristopom naj bi zajela človeka tudi v njegovi duhovni dimenziji, tj. v slišanju človekovih najglobljih življenjskih vprašanj. Koncept paliativne oskrbe priznava in poudarja, da je duhovna dimenzija pomemben, nepogrešljiv del bolnikove oskrbe, ki lajša trpljenje in vrača upanje v sočloveka. Duhovna oskrba pomaga osmisliti trpljenje in najti upanje sredi obupa, saj so skrb, sočutje in odgovornost pomembni dejavniki, s pomočjo katerih najde bolnik tolažbo in moč. Po definiciji je paliativna oskrba opredeljena kot aktivna, celostna oskrba bolnikov, katerih bolezen se ne odziva na kurativno zdravljenje. Bistvenega pomena je nadzor bolečine in drugih simptomov ter socialnih, psiholoških in duhovnih težav. Zato uporablja interdisciplinarni pristop, ki zajema bolnike, njihove družine ter širšo okolico. Poleg tega nudi osnovni koncept oskrbe, ki pokriva potrebe bolnikov ne glede na kraj oskrbe, tj. v bolnišnici ali na domu. Celostna oskrba vključuje tudi odnos do smrti, ki jo definicija opredeljuje kot nedeljivo in zato neločljivo od življenja; v tem smislu paliativna oskrba »smrti niti ne pospešuje niti zavlačuje«.⁹

Pomemben del paliativnega pristopa je, kot že od vsega začetka poudarjamo, duhovna oskrba. Prav pri hudo bolnih in umirajočih osebah ter njihovih svojcih se vprašanja, ki zadevajo celoto naše eksistence, pojavijo v vsej svoji ostrini. S tega vidika je duhovna oskrba nepogrešljiv sestavni del paliativne oskrbe, ki naj bi namesto potlačitve teh vprašanj omogočala soočenje z njimi ter pri tem nudila podporo.

O duhovnosti govorimo kot o vidiku človečnosti, prek katerega posamezniki iščejo in izražajo pomen in namen ter način, s katerim doživljajo svojo povezanost s trenutkom, sabo, z drugimi, naravo in s

Christina Puchalski«, *The School of Medicine & Health Sciences*, <https://smhs.gwu.edu/gwish/about/dr-puchalski>, 1. 10. 2015.

⁹ European Association for Palliative Care, domača stran, <http://www.eapcnet.eu/Corporate/AbouttheEAPC/Definitionandaims.aspx>, 7. 10. 2015.

Poslanstvo EAPC-ja je prizadevanje za razvoj paliativne oskrbe v Evropi s pomočjo informacij, izobraževanj in raziskovanj na podlagi multiprofesionalnega sodelovanja. Namen je oblikovati vizijo odličnosti v paliativni oskrbi, ki bo ustrezala potrebam bolnikov in njihovih družin.

pomembnim ali svetim.¹⁰ Duhovna in verska prepričanja imajo vpliv na to, kako se ljudje spopadajo s težko boleznijo in z življenjskimi pretresi. Duhovna praksa spodbuja pozitiven odnos do zdravja, okrepi dobro počutje in izboljša kakovost življenja. Vpliva tudi na zdravstvene odločitve, lahko pa tudi povzroča stiske in poveča breme bolezni.¹¹ Vse več raziskav na področju paliativne oskrbe potrjuje potrebo po duhovni podpori in oskrbi, ker ti igrata pomembno vlogo v bolnikovem doživljanju bolezni in ker ima dobro duhovno počutje pomemben vpliv na preprečevanje obupa, depresije, potrnosti in želje po čimprejšnji smrti. Če duhovnih potreb ne zaznamo, ne opredelimo in ne vodimo primereno, zmanjšamo možnost mirne smrti. Bolniki, ki so demoralizirani in potrti, pogosto izražajo željo po hitri smrti. Psihološke težave in duhovna stiska so tudi med glavnimi vzroki misli na samomor, čeprav so bolečine in fizični simptomi učinkovito nadzorovani.¹²

Ne glede na omenjene ugotovitve pa naletimo v praksi na problem umestitve in (ne)sprejetosti znotraj obstoječega zdravstvenega sistema. Vzroke lahko iščemo, kot smo že videli, v prevladi biomedicinskega pristopa, po drugi strani pa področje duhovnosti zakrivajo psihične ali celo psihiatrične težave, ki se jih v tem smislu tudi zdravi. Med pomembnimi vzroki je vsekakor prepričanje, da je duhovno spremljanje vezano zgolj na določen religiozni oz. konfesionalni kontekst. To nazorno opisuje izjava zdravnika, ki je ob prizoru spremljevalčevega pogovora z bolnikom vprašal svojega kolega: »Kaj 'ta' [spremljevalec] sploh počne? Ali hodi obiskovat bolnike in moli?«¹³

Obravnavana tema nam je dala okvirni vpogled v zadnje obdobje življenja hudo bolnih in umirajočih ljudi, ki preživljajo svoje dneve v bolnišnici ob podpori zdravstvenih delavcev, in kolikor je mogoče, ob

¹⁰ C. Puchalski et al., »Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference«, *Journal of Palliative Medicine* 12, 2009, 887.

¹¹ C. Puchalski in B. Ferrell, *Making Health Care Whole* (West Conshohocken: Templeton Press 2010), str. 4.

¹² W. Breitbart et al., »Depression, Hopelessness, and Desire for Hastened Death in Terminally Ill Patients With Cancer«, *JAMA* 284, 22, 2000, str. 2907–2911; po E. I. Moss in K. S. Dobson, »Psychology, Spirituality, and End-of-Life Care: An Ethical Integration?«, *Canadian Psychology* 47, 4, 2006, str. 287.

¹³ Izjava povzeta iz delovne prakse avtorice ob spremljanju hudo bolnih in umirajočih bolnikov (iz zasebnih zapisov).

podpori svojih najbližjih. Govorili smo o odnosu negovalcev oz. zdravstvenih delavcev do bolnikov, ki igra pomembno vlogo v doživljanju bolezni in umiranja, kajti, kot pravi bolnica V.:

Beseda lahko tolaži. Pomiri dušo, posuši solze in omili bolečino. Kako mi je dobro delo, ko me je tolažilo zdravstveno osebje, ko mi je bilo najhujše. Nekatere sestre so jokale z mano. Beseda pa lahko tudi prizadene. Če bi čutili s tistim, komur so besede namenjene, jih mnogokrat ne bi izgovorili. Ljudje v belem so me večkrat zelo prizadeli. Beseda lahko ubija.

In ker smo ves čas osredotočeni na odnos, se v nadaljevanju sprašujemo, kako kot spremljevalec najti v sebi tisto globino in pristnost, ki vodi v sočutje, odgovornost in skrb. Ki kljub teži umiranja in smrti ohranja neko verodostojnost, da je lahko trdna opora sočloveku v tem času. Da je to, kar on sam je, in ne to, kar bi želel biti. Odgovorom na gornja vprašanja se bomo približali s pomočjo fenomenološke misli M. Heideggerja.

Vključitve eksistencialno-fenomenološke misli M. Heideggerja v duhovno oskrbo

Dogodek umiranja in smrti je težko doumljiv, še bolj za tistega, ki bolnika spremlja, zato izjave, kot so, »umira se« in »vsi bomo enkrat umrli«, niso nobena tolažba. Prej izražajo nemoč in nezmožnost tolažiti oz. razumeti človeka v njegovi stiski. Zato bo vprašanje, ki smo si ga zgoraj zastavili, težko našlo odgovore v zgolj naturalističnih razlagah, ker le-te bolj ali manj popredmetijo življenje posameznika in s tem zasenčijo njegov edinstveni sij. Duhovno spremljanje, kot nam je že znano, zahteva vsebinske odgovore na temeljna bivanjska vprašanja, kot so smrt, skrb, krivda, vest, odgovornost idr. Zaradi te zahteve se ne želimo ustaviti na zgolj empirično-naravoslovnem pogledu, ki človeka obravnava kot fizično bitje in pri tem upošteva le praktične in emocionalne posledice bolezni.¹⁴ Zanima nas fenomenološki pristop, ki obravnava človeka kot sebi odprto notranje življenje (tubit),¹⁵ kjer bolezen ni

¹⁴ Gl. A. Giddens, *Sociology*, 4. izd. (Cambridge: Polity Press 2001), str. 161.

¹⁵ M. Heidegger, *Bit in čas*, prev. Tine Hribar et. al. (Ljubljana: Slovenska matica 1997), str. 260. S pojmom tubit, pravi H. Arendt, se Heidegger izogne uporabi izraza »človek«, pri tem

neki dodatek življenju, temveč način življenja, v katerem se človek kot tubit izmika vsakemu znanstvenemu pristopu, katerega cilj je njegova objektivacija.¹⁶ Eksistencialno misel razumemo kot »obzorje bivanja, na katerem vznikne sleherno spraševanje in razumevanje. Kot takšna je ta misel že sama po sebi odpiranje duhovne razsežnosti, ki jo živimo in dojemamo s temeljnimi filozofskimi spraševanji.«¹⁷ Vloga spremljevalca je v tem smislu nudenje tiste bližine in podpore, ki spremljanemu odpira prostor iskanja njemu lastne poti in ne zapadanja oz. prepuščanja lažnemu upanju, ki ga potiska v še hujše trpljenje. Z eksistencialno-fenomenološkim pristopom se bomo skušali s perspektive spremljevalca približati človeku v njegovem izvornem izkustvu, kaj pomeni biti ob diagnozi neozdravljive bolezni soočen s svojim koncem – smrtjo. Ob tem približevanju pa izostriti samorazumevanje, ki pomembno vpliva na spremljanje in podporo bolnikov in njihovih svojcev. V ospredju razumevanja tega pristopa ne bo več bolnik kot subjekt oskrbe, temveč njegovo življenje v eksistencialni celovitosti. Tega razumevanja ni mogoče razlagati biološko niti ga podvreči empirični objektivaciji, saj gre za izvornost živetega izkustva. Eksistencialno-fenomenološki pristop lahko dopolni obstoječe pristope s poglobljenim razumevanjem temeljnih eksistencialnih fenomenov, ki razkrivajo človeka v njegovem vsakokratnem načinu življenja. Duhovna oskrba, gledano skozi prizmo eksistencialne misli, zato ni neka naknadna potreba, temveč temeljna poklicnost, kjer se človek prepozna v izvrševanju svoje človeškosti v odnosu do

pa ne gre za terminološko samovoljo: »Gre za namero razgraditi človeka v vrsto fenomenološko dokazljivih modusov biti.« H. Arendt, *Kaj je filozofija eksistence*, zbirka AUT, 4 (Ljubljana: Društvo Apokalipsa 1998), str. 44.

¹⁶ Heidegger označuje tubit kot »pripadajočo *biti tubiti*, se pravi, da je *od nekdanj moja* (torej nasploh enkratna, ne nekaj splošnega); da je *v razmerju do same sebe* in da je ta njena bit ali njena *eksistenca njeno bistvo*. Kar spada k zgradbi te biti, označujemo kot *eksistencial*. Eksistenciali ustrezajo kategorijam *obstajajočega*. Tubit pa ni nekaj obstajajočega, ni *kaj*, temveč *kdo*. Ni tako, da *ima* možnost kot *lastnosti*, temveč *je* svoje *možnosti*. Njena *pristna bit* je njena *biti-si-vlasti*. Izrazom *jaz*, *subjekt*, *duša*, *oseba*, pa tudi *človek* in *življenje* se izogiba, ker pomenijo bodisi popredmetenje tubiti – kot napako antične ontologije in krščanske dogmatike označuje, da sta tubit premaknili med kategorije obstajajočega – ali pa pustili nepojasnjeno, kakšno nepredmetno bit sta imeli v mislih.« E. Stein, *Bit in oseba: prispevek h krščanskemu stremljenju k resnici* (Celje: Mohorjeva družba 2012), str. 93.

¹⁷ K. Štrancar, »Duhovna razsežnost paliativne oskrbe v dialogu s Heideggerjevo in Levinasovo eksistencialno mislijo«, *Bogoslovni vestnik* 74, 2014, str. 132.

drugega človeka. V ospredju torej ne bo človek, ki ima bolezen, temveč bo vedno konkretno, tj. faktično življenje,¹⁸ v katerem se pomen bolezni dogaja in živi, zato le-ta ni zgolj neka stvar na sebi, temveč je vedno človek tisti, ki se je zaveda in jo tako ali drugače razume in živi. Zato je vprašanje, kako človek živi svoj odnos do bolezni, globlje od vsake vsebinske opredelitve bolezni in od vsakega znanstvenega pristopa do nje, kar pomeni, da tudi fenomena bolezni ne moremo iztrgati iz življenja in ga preiskovati ločeno. In prav to razumevanje iščemo v Heideggerjevi eksistencialni analizi.

Heideggerjeva eksistencialna analiza nas ves čas usmerja v pomen samolastnosti.¹⁹ V ozadju spremljanja je vseskozi skrb, kako nuditi bolniku podporo, da prevzame življenje v njegovi samolastnosti (avtentičnosti, pristnosti). To se po Heideggerju zgodi v soočenju s seboj, s svojo lastno bitjo, in ne v iskanju strategij bežanja, ki vodijo v nesamolastni način življenja.²⁰ Med fenomeni, ki vodijo tubiti v razprtost, »pred obličje tubiti same«,²¹ so tesnoba, vest in smrt. V nadaljevanju se bomo posvetili fenomenu tesnobe, ki označuje človekovo »temeljno počutje«.²² Fenomen tesnobe je po Heideggerju tisti pravi vzvod, ki nas opominja na nas same, opominja nas na našo smrtnost in vabi k ponovnemu razmisleku naše resničnosti, ki jo zaman iščemo v vsakdanjem načinu življenja.

Tesnoba – človekovo temeljno počutje

Naše vsakdanje življenje se po Heideggerju dogaja na način nesamolastnosti (nepristnosti), kar pomeni, da se odnos do lastnega življenja (biti)²³ dogaja in živi po vzorcu javnega mnenja, ki ga Heidegger ime-

¹⁸ Poudarek je na življenju, ki se dogaja in v katerem se že vedno nahajamo in ga tako ali drugače razumevamo in izvršujemo. V tem se razlikuje od teoretske objektivacije, pri kateri življenje izgubi svojo živost. Prim. B. Klun, *Onkraj biti* (Ljubljana: Logos 2014), str. 20.

¹⁹ M. Heidegger, *n. d.*, str. 260.

²⁰ *N. d.*, str. 244–245.

²¹ P. Jager, »Mišljenje biti in šoah«, *Nova revija* 271–272, 2004, str. 215–233.

²² M. Heidegger, *n. d.*, str. 255.

²³ Vprašanje biti in razvitje tega vprašanja predpostavlja interpretacijo tubiti kot določila človekovega bistva. Heideggerju nekateri kritiki očitajo, da se preveč ukvarja le z bitjo, na človeka pa naj bi pozabil. Heidegger odgovarja: »Ta kritika izhaja iz velikanskega nerazumevan-

nuje javni *Se*.²⁴ Človek se na nek način izgubi v tem *Se*-ju, ki določa, kako se dela, živi, obnaša itd., skratka, javnost je tista, ki človeku določa razumevanje in s tem izvrševanje njegovega življenja. Problematičnost javnega *Se*-ja je ravno v tem, da je nedoločljiv in neulovljiv. Njegova moč se kaže prav v naši ujetosti v njem. Po drugi strani pa prinaša ta ujetost določeno udobje, kajti *Se* nam pove, kako oblikovati svoje življenje, kako razumevati svet, kako biti v odnosu do drugih itd. Na ta način nam odvzema breme lastnega življenja (biti) oz. izbire in zasnove samolastne eksistence ter s tem tudi skrb odgovornosti. Zaradi te razbremenjenosti se človek nezavedno oklepa javnega *Se*-ja, kajti fenomen zapadlosti nudi človeku ne samo udobje, temveč tudi pomirjenost. Prav ta samozgrešitev sebe v vsakdanjem življenju ustvarja vtis pristnega življenja. Človek ima na ta način vse manjšo potrebo, da bi svoje življenje postavil pod vprašaj, oz. je v vsakdanjem prepletanju dogodkov sploh nima. Potopljenim v svet vsakdanje povprečnosti se nam temeljna eksistencialna vprašanja vztrajno izmikajo ali celo pomenijo izgubo časa. Zapadlost zato lahko zaide tako daleč, da si človek onemogoči možnost vrnitve k samemu sebi oz. da take možnosti sploh ne razume. Življenje, ki črpa razumevanje iz javne razloženosti, je zato dojeto kot konkretno in z vsakdanjo zaskrbljenostjo prepletano življenje. In kaj ima fenomen tesnobe opraviti v tem vsakdanjem življenju? Zakaj označuje Heidegger ta fenomen kot odlikovano in temeljno počutje tubiti? Kaj je v počutju tesnobe tako pomembnega, da ga imenuje odlikovano in temeljno? Obe vprašanji imata isti odgovor: v zapadlosti se zastrta samolastna *bit* znova razpre, kajti »izvirna tesnoba je v tubiti večinoma potlačena. Tesnoba je tu. Vendar spi. Njen dih neprestano trepetava v tubiti.«²⁵ In če tesnoba spi, se lahko vsak trenutek tudi prebudi. Običajno se to pojavi ob dogodkih, kot so smrt, ločitev od drage osebe, težke nezgode ipd. Hčerka umirajočega bolnika v svoji pretresenosti takole ugotavlja: »Jaz sem mislila, da človek umre, ko ne more nič več, ko je že na pol omamljen

ja! ... temeljna misel mojega mišljenja je prav ta, da bit v odnosu do odprtosti biti potrebuje človeka in da je, obratno, človek človek le, kolikor stoji v odprtosti biti. ... Ni se mogoče vprašati po biti, ne da bi se vprašali po bistvu človeka.« M. Heidegger, »Heideggrovi odgovori«, *Phainomena* 4, 1995, str. 137.

²⁴ Heidegger, *Bit in čas*, str. 182.

²⁵ Heidegger, *n. d.*, str. 130.

in samo še spi. Takrat me je zagrabila panika, saj tudi moj oče lahko umre čez noč! Potem pa premišljuješ o smrti, o vsem ...« Občutje tesnobe bi lahko opisali tudi s Kierkegaardovimi besedami:

... noben Veliki inkvizitor nima pripravljenih tako strašnih mučilnih naprav kot tesnoba in ni vohuna, ki bi znal tako zvito napasti osumljenega ravno v trenutku, ko je ta najslabotnejši, ali mu tako zaslepljujoče nastavi past, v katero se bo ujel, kot to zna tesnoba; in še tako bistrumen sodnik se ne razume tako na zasliševanje, kot obtoženega zaslišuje tesnoba, ki ga nikdar ne izpusti.²⁶

Fenomen tesnobe pa ni sinonim za počutje strahu. Heidegger na tem mestu opozori na fenomenalni razliki obeh počutij, tj. po tem, kar je v »tesnobi tesno«, oz. po tem, kar je v »strahu strah«. ²⁷ Kar je v tesnobi tesno, nas ne ogroža, prihaja nekje od zunaj, ali kot pravi Heidegger, od znotrajsvetno bivajočega. ²⁸ V tesnobi ta »zunaj« sploh ni pomemben, ker se svet kaže v luči popolne nepomenskosti. Kar pri tesnobi utesnjuje, ni nič določenega, je naša gola bit-v-svetu oz. tesnoba pred našo vrženo bitjo-v-svetu, pred tem, da smo in da imamo za biti. Dejstvo, da imamo za biti, ker nam je biti in ker nam je bit izročena kot naša najbolj samolastna naloga, je izvor tesnobe za, tj. tesnobe za samolastnost, ki izvira iz svobode izbire lastnega sebe. Svet nam v tem počutju postane grozljiv in strašljiv, zato nam je v tesnobi *nedomačno*. ²⁹ In ravno ta nedomačnost (grozljivost, strašljivost) biti je izvornejša kot domačnost v vsakodnevem zapadlem svetu, v svetu javnega Se-ja. V svetu vsakdanjega načina življenja se človek kot tubit vselej (in vseeno) počuti kot tujec. ³⁰

Tesnoba se izraža v nekem nedefiniranem počutju, ko sami ne vemo, kaj nam pravzaprav je, kaj in kam bi in kako bi to počutje sploh utišali. Tega stanja pa ne smemo zamenjati z nekim patološkim stanjem, ki ga je treba čimprej prebroditi ali celo ozdraviti, temveč je treba tesnobo kot odlikovano razprtost dopustiti in dovoliti, da nam naša bit postane

²⁶ S. Kierkegaard, »O bistvu tesnobe«, *Apokalipsa* 12–13, 1996, str. 45.

²⁷ Heidegger, *n. d.*, str. 258.

²⁸ *N. d.*, str. 257.

²⁹ *N. d.*, str. 261.

³⁰ Prim. T. Hribar, *Fenomenologija I* (Ljubljana: Slovenska matica 1993), str. 300.

sploh vprašljiva, da se soočimo s svojo lastno eksistenco.³¹ Če ponovimo s Heideggerjem, je tesnoba zanj pozitivno počutje (odlikovano počutje) prav zato, ker odpira možnost pristnega življenja. To se dogodi v brez-kompromisnem soočanju s seboj, saj sem brezizhodno postavljen pred resnico sebe samega. Radikalna uposameznitev me izpostavi vprašljivosti samega življenja in zato: »Četudi marsikdo ne zdrži doma, ker se počuti doma le v javnosti, se mora prej ali slej vrniti tja, od koder se je podal v javnost. Slej ko prej se bo znašel pred samim seboj: pred lastno bitjo Zjasni se mi, da mi gre v moji biti vselej že za to bit samo in za nič drugega. Vse drugo je drugotno.«³²

»*Ne prepoznam se,*« pravi gospod, ki leži hudo bolan v bolniški sobi, in nadaljuje: »*prej sem bil vesel, družaben, ves čas zaposlen, nikoli nisem bil bolan ..., zakaj ravno jaz? Kaj sem storil?*« Te pogoste izjave hudo bolnih in umirajočih bolnikov se pojavijo, ko se človek iz brezupnega bega pred seboj znajde pred vprašanjem, ki vznikne v trenutku, ko človek najbolj »neusmiljeno« občuti samega sebe, ali kot bi rekel Heidegger, svojo vrženost v svet. To je po drugi strani obdobje (situacija ali neka prisila), ko se človek odloča za možnost sprejetja ali možnost nesprejetja sebe (svojega načina *biti*) v »novi« situaciji. Na osnovi odločanja lahko sebe prepoznamo oz. razumevamo, da vedno živimo na način možnosti, da smo mi sami ta nenehna možnost.³³

Najpogostejši odziv tega soočenja sta strah in panika: »*vsega je konec,*« odgovori bolnik na vprašanje, kako mu gre. Po Heideggerju je izjava primer nesamolastnega načina oz. razumevanja življenja (nesamolastnega načina *biti tubiti*), kajti »konec« ne nastopi šele z diagnozo in prognozo, pač pa človek že živi na način končnosti. Ni (prvotno)

³¹ B. Klun, »Skrb, smrt in vest: Analiza treh eksistencialov v delu 'Bit in čas'«, *Phainomena* 8, 1999, str. 186.

³² Hribar, *n. d.*, str. 300.

³³ Tu gre za preseganje običajnega in ustaljenega razumevanja pojma dejanskost/možnost: »Najprej je treba preseči vsakdanjo zapadlost in dojeti, da me v prvi vrsti ne zaznamuje dejanskost ..., temveč možnost: da sem 'jaz sam' živeta in dogajajoča se možnost (sebe samega). To ni nič drugega kot usvojitev lastne svobode, ki je prvi korak k pristnemu ali samolastnemu življenju.« Klun, *Onkraj biti*, 29.

Živeti na način možnosti bi v vsakdanjem jeziku lahko razumeli kot »nikoli ni prepozno«, kajti dokler človek je, je nenehna možnost živeti tako ali drugače, sprejemati tako ali drugače.

kriva bolezen za umiranje in smrt, temveč je konec/smrt zaživela že s človekovim prihodom na svet.

Bolnik se v tem trenutku najgloblje zave oz. občuti svojo razprtost v tem, da *je*,³⁴ da iz tega *je* ne more nikamor. Človek utrpeva lastno pasivnost v občutju, da je in da mu je biti. Lastno vrženost v svet doživlja, kot pravi Heidegger, »kot vrženost v njegov 'tu', in sicer, da je kot bit v-svetu 'tu'«. ³⁵ Ta vrženost v Heideggerjevem jeziku naznačuje »faktičnost izročnosti«, ³⁶ ki ji ne moremo ubežati in se je ne moremo izogniti. Iz varnosti in udobnosti samoumevne vsakdanjosti je človek potisnjen pred samega sebe. Življenje, ki je že ves čas način našega *je*, tega, da *smo*, začutimo kot nekaj, kar ni naše (domače), čeprav smo v jedru tega dogajanja najbolj mi sami. In to je v trenutku spoznanja lastne minljivosti najbolj grozno. Res je, kot je bilo povedano že v prvem delu, da se človek zaveda smrti, tega, da bomo enkrat vsi umrli, toda sedaj še ne. Smrt je v tem smislu zgolj dogodek, ki se zgodi drugemu. Pred neprijetno mislijo ali pogledom na umirajočega se lahko vedno umaknem v varnost vsakdanjega življenja. Tudi svoje najbližje varujemo pred tem dogodkom, ki ne sodi v utečeni red, ki ga živimo in nas drži v ravnovesju. Toda naše življenje ni predstava, ne moremo se umakniti ali zamižati pred tem, da *smo* in da nam je do tega *smo*.

Novica o diagnozi, ki postavi človeka pred samega sebe, je obenem možnost, da se človek ponovno izbere v načinu svojega *je*. Diagnoza, ki je človeka prizadela, je po Heideggerju samo potrditev, da je človek (kot tubit, ki ima odnos do svoje biti) več kot primerek kakega rodu bivajočega kot navzočega, ³⁷ z drugimi besedami, več kot zgolj bivajoče, opisano z lastnostmi, ki mu pritičejo. Tako razumljeno bivajoče nima odnosa do svojega *je*, kajti predmetom, živalim ali rastlinam je ob diagnozi neozdravljivosti ali bližajočega se konca vseeno. Samo človek presega, transcendirata samega sebe, samo človek ima odnos do svojega *je* oz. *sem*. To razumevanje je pri spremljanju umirajočega še posebej pomembno, kajti naše vsakdanje, ontično razumevanje človeka nas lahko zavede, da gledamo na umirajočega kot na predmet obravnave.

³⁴ »Je« kot »živeči odnos do sebe«. Klun, *n. d.*, str. 140.

³⁵ Heidegger, *n. d.*, str. 192.

³⁶ *Prav tam*.

³⁷ Heidegger, *n. d.*, str. 70.

Omenili smo, da je tesnoba po Heideggerju pozitivno počutje, ni bolezensko stanje, ki bi ga bilo treba zdraviti. V počutju tesnobe se človek ustavi in prisluhne lastnim vprašanjem, ki jih v hrupu in zaposlenosti vsakdanjega življenja ne sliši.

Počutje tesnobe je torej tisto počutje, ko se ima bolnik možnost poglobiti vase in doživeti svobodo lastne odločitve. To temeljno počutje nas dela »nas same«, saj je v počutju tesnobe zajeto razumevanje naše vrženosti v svet in v vselej dani možnosti izbrati ali zasnovati svoje lastno življenje (*samolastnost*), ki ga v prvi vrsti živimo kot vsakdanje povprečno življenje (*nesamolastnost*). Na tej točki bi lahko govorili o dostojanstvu in spoštovanju posameznega človeka, ki živi in snuje le sebi in edino sebi lastno življenje.

Umiranje je torej tisto dogajanje, ko sebe, svoj obstoj najbolj občutimo. »Zakaj ravno jaz?« je po Heideggerju vprašanje, ki izhaja iz povprečnega razumevanja človekove vsakdanjosti. Odgovor na vprašanje je »tesnoba«, kjer odpade vsak zakaj in pred katero je le in edino golo *je*.

Počlovečenje človeka v njegovem umiranju ne pomeni stoično prevzeti usode smrti, niti občudovanja/vzpodbujanja »borilnih večšin« (smrt kot izguba bitke z boleznijo, boj z boleznijo, upiranje smrti, hrabro prenašanje bolezni itd.), ki naj bi jih človek uporabljal v boju s smrtjo. Spoštovanje človeka v njegovem dostojanstvu, njegovi enkratnosti in neponovljivosti pomeni dovoliti mu izbiro njegovega lastnega načina umiranja in ne odvracati njegove pozornosti od njega samega, od njegove lastne smrti.

Glede na to, da se človek v počutju tesnobe najgloblje zave svoje smrtnosti, tj. izničenja lastne eksistence, se postavi vprašanje, kako to srečanje vzdržati, ne da bi zapadel tolažečim besedam s strahom in skrbjo obremenjenih spremljevalcev (zdravstvenih delavcev, svojcev, prijateljev itd.). Kako ostati on sam? Kajti:

Zakrivajoče umikanje pred smrtjo vsakdanjost tako trdovratno obvladuje, da v bivanju drug z drugim »najbližji« ravno »umirajočemu« često še dopovedujejo, da bo ušel smrti in se potemtakem znova vrnil nazaj v pomirjeno vsakdanjost svojega oskrbljenega sveta. Takšna »skrb-za« celo meni, da »umirajočega« s tem »tolaži«. ³⁸

³⁸ Heidegger, *n. d.*, str. 346.

To pomirjanje (tolaženje) glede smrti pa ni namenjeno le umirajočemu, temveč prav tako tistim, ki tolažijo. »In še celo v primeru preminutja,« pravi Heidegger, »javnost zaradi tega dogodka ne bi smela biti motena in vznemirjena v svoji oskrbovani brezskrbnosti. Saj v umiranju drugih neredko vidijo neko družbeno neprijetnost, če ne celo netaktnost, pred katero bi bilo javnost treba obvarovati.«³⁹

Naravnost Heideggerjeve eksistencialne misli, ki nas je ves čas usmerjala v pomen samolastnosti, dobi v našem kontekstu svoj epilog v času doživljanja diagnoze neozdravljive bolezni. Nesamolastni način lahko vodi v izčrpavajoče iskanje izhodov iz sveta bolezni, ki prehaja v vse večji strah in obup. To brezupno iskanje izhoda se pogosto sprevrže v jezo ter obsojanje sebe in sveta, kar jemlje moč za prevzem zasnove za biti drugače. V tem smislu pogosto spremljamo umiranje v njegovem nesamolastnem načinu. Situacija postane še težja ob svojcih in spremljevalcih, ki tudi sami prispevajo k temu načinu razumevanja. Zato, kot pravi Tania Yeglich, ne gre samo za trenutek smrti, temveč za padec celega življenja, ki je bežanje pred smrtjo in s tem izmikanje pred možnostjo samolastne eksistence.⁴⁰

Zaključek

Smrt zaznamuje človeka od rojstva dalje. Soočenje z njo postavlja spremljevalca v trezno držo, ki mu ne dovoli izmikajočega se odgovora niti pred samim seboj niti pred bolnikom. Zato je nujno, da se oseba, ki spremlja hudo bolne in umirajoče ter njihove svojce, sooči s temeljnimi eksistencialnimi vprašanji in poskusi odgovoriti nanje, da je lahko verodostojen spremljevalec v paliativni oskrbi. Uvid v globoka bivanjska vprašanja je način, ko prihaja človek do samega sebe. Ta uvid je pomemben za duhovno spremljanje v paliativni oskrbi, kajti njen cilj ni duhovno pomirilo po vzoru zdravil, temveč bolj celovito postajati človek. Da bomo vsi enkrat umrli, ostaja dejstvo. Toda to dejstvo ne tolaži,

³⁹ *Prav tam.*

⁴⁰ T. Yeglich, »Clinical supervision, Death, Heidegger and Freud come 'out of the sight'«, *Journal of Advanced Nursing* 31, 2000, str. 956.

tolaži pa misel, da v času umiranja človek ne ostaja sam in zapuščen, ali kot smo slišali v eni izmed izjav, odpisan.

B i b l i o g r a f i j a

1. Arendt, H. (1998), *Kaj je filozofija eksistence*, zbirka AUT, 4. Ljubljana, Društvo Apokalipsa.
2. Breitbart W. et al. (2000), »Depression, Hopelessness, and Desire for Hastened Death in Terminally Ill Patients With Cancer«, *JAMA* 284, 22, 2907–2911.
3. Chochinov, H. M. (2013), »Dignity in Care: Time to Take Action«, *Journal of Pain and Symptom Management* 46, 5, 756–759.
4. *European Association for Palliative Care*, domača stran. [Http://www.eapcnet.eu/Corporate/AbouttheEAPC/Definitionandaims.aspx](http://www.eapcnet.eu/Corporate/AbouttheEAPC/Definitionandaims.aspx), 7. 10. 2015.
5. Giddens, A. (2001), *Sociology*, 4. izdaja. Cambridge: Cambridge Polity Press.
6. Häring, B. (2001), *Svobodni v Kristusu*. Celje: Mohorjeva družba.
7. Heidegger, M. (1997), *Bit in čas*, prev. T. Hribar et al. Ljubljana, Slovenska matica.
8. Heidegger, M. (1995), »Heideggrovi odgovori«, *Phainomena* 4, 135–143.
9. Hribar, T. (1993), *Fenomenologija I*. Ljubljana: Slovenska matica.
10. Hrovat, J. (2008), *Arheologija biti: telesnost med subjektiviteto in objektiviteto*, doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.
11. Jager, P. (2004), »Mišljenje biti in šoah«, *Nova revija* 271–272, 215–233.
12. Kierkegaard, S. (1996), »O bistvu tesnobe«, *Apokalipsa* 12–13, 45–49.
13. Klun, B. (1999), »Skrb, smrt in vest: Analiza treh eksistencialov v delu 'Bit in čas'«, *Phainomena* 8, 183–201.
14. Klun, B. (2014). *Onkraj biti*. Ljubljana: Logos.
15. Moss, E. L. in Dobson, K. S. (2006), »Psychology, Spirituality, and End-of-Life Care: An Ethical Integration?«, *Canadian Psychology* 47, 4, 284–299.
16. Puchalski, C. (2001), »The role of spirituality in health care«, *Baylor University Medical Center Proceedings* 14, 4, 352–357.
17. Puchalski, C. et al. (2009), »Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference«, *Journal of Palliative Medicine* 12, 885–904.
18. Puchalski, C. in Ferrell, B. (2010), *Making Health Care Whole*. West Conshohocken: Templeton Press.
19. Puchalski, C. (2015), »Dr. Christina Puchalski«, *The School of Medicine & Health Sciences*. <https://smhs.gwu.edu/gwish/about/dr-puchalski>, 1. 10. 2015.
20. Stein, E. (2012), *Bit in oseba: prispevek h krščanskemu stremljenju k resnici*. Celje, Mohorjeva družba.

21. Thamblyn, R. (2007), »Physician Scores on a National Clinical Skills Examination as Predictors of Complaints to Medical Regulatory Authorities«, *JAMA* 298, 993–1001.
22. Štrancar, K. (2014), »Duhovna razsežnost paliativne oskrbe v dialogu s Heideggerjevo in Levinasovo eksistencialno mislijo«, *Bogoslovni vestnik* 74, 129–139.
23. Yegdich, T. (2000), »Clinical supervision, Death, Heidegger and Freud come 'out of the sighs'«, *Journal of Advanced Nursing* 31, 953–961.