

**Przemysław Paweł Grzybowski**

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

# Od spotkania do dialogu z Innym i Obcym, w obliczu cierpienia, choroby i śmierci

*Na ulicy, w parku, czy w innym miejscu, gdzie mijają mnie ludzie, owinięci w milczenie, ze wzruszeniem uświadamiam sobie, że oto przelatuje koło mnie rój myśli, może błahych, może opromienionych dobrocią, może szczeriałych od zła, może lotnych jak sokół, może przyziemnych jak wróbel skaczący dokoła okruszyny chleba – te wszystkie zwoje mózgowie pod sklepieniem czaszki przedą swój świat z wrażeń, wspomnień, wyobraźni, trosk i smutków, radości i nadziei i każda z osób znikających za zakrętem ulicy lub w alei drzew odpływa ode mnie jak statek-widmo, unosząc swoją tajemnicę. (...) Te same i zarazem tak inne, jak inne jest niebo nad nimi, jak inna ziemia pod ich stopami, wszystko, co żyje z nimi i w nich, co wiąże swoją niedostępną obecnością, kształtuje wyraz ich twarzy, ruchy, postawę, tak jak słowo, gdy wreszcie wymknie się z ich ust – gładkie lub chropowate, otwarte w szerokich samogłoskach lub ściśnione w zgrzycie spółgłosek – zdumiewa i kusi swą tajemnicą, nieodgadnione w swych początkach, wyrosłe ze splotów korzeni pogmatwanych w wędrówkach i przemianach rodzaju ludzkiego<sup>1</sup>.*

Jan Parandowski

---

<sup>1</sup> J. Parandowski: *Pod zamkniętymi drzwiami czasu*. Spółdzielnia Wydawnicza „Czytelnik”, Warszawa 1975, s. 5 i 8.

Inność i Obcość to nieuniknione, subiektywnie postrzegane właściwości ludzi i środowisk, w których przebywają. W różnych okolicznościach bywają zauważane lub ignorowane, a w związku z tym akceptowane lub odrzucane, rozumiane lub nie i jako takie wiodą do reakcji w postaci co najmniej refleksji lub działania. W relacjach społecznych dotyczy to zarówno osób charakteryzujących się odmiennosciami, które do owej Inności czy Obcości się przyczyniają, jak i tych, którzy w danej sytuacji stykają się z nimi, chcąc i/lub musząc się zmierzyć z różnicą, albo mogą pozwolić sobie i innym na obojętne przejście obok niej.

Zakładam, że procesy te przebiegają w przypadku każdej osoby odmiennie, charakteryzując się różnymi przyczynami, natężeniem i dynamiką zmian. W związku z tym różne są też perspektywy i okoliczności radzenia sobie z Innością i Obcością osób, które ich doświadczają osobiście lub wchodząc w relacje z Innymi/Obcymi. Stanowi to wyzwanie dla cierpiących, chorych, ich bliskich, osób stykających się z nimi wskutek wykonywania zawodów związanych z opieką i leczeniem, a także zajmujących się edukacją, w której uwzględnia się obecność tego rodzaju Inných i Obcych i relacje z nimi.

Zagadnienie odmienności oraz jej jednostkowych i społecznych konsekwencji stanowi przedmiot zainteresowań specjalistów z licznych poddyscyplin medycyny, psychologii i pedagogiki. W każdej z nich wiąże się z uprzednim dookreśleniem Inności i Obcości w kategoriach ideologicznych i aksjologicznych – bowiem właśnie od ustalenia tego rodzaju punktów odniesienia rozpoczyna się dyskusja o implikacjach owych zjawisk w sferze prywatnej i publicznej.

Na niniejszy artykuł poza przedstawieniem definicji kluczowych kategorii pojęciowych składa się propozycja ideologicznej podstawy refleksji. Następnie dokonuję próby określenia sfer Inności i Obcości związanych z cierpieniem, chorobami i umieraniem oraz przedstawiam propozycję modelu dialogu z Innymi i Obcymi w ramach tych sfer.

## **Inny i Obcy – dookreślenie kategorii pojęciowych**

Poszukiwanie podstaw refleksji o Inných i Obcych proponuję rozpocząć od uproszczonego rozgraniczenia kategorii pojęciowych. Uproszczenie to jest umownym zabiegiem metodologicznym, nieznajdującym oparcia w konkretnej teorii, lecz na tyle jasnym, że ułatwi czytelnikowi lekturę pozostałej części niniejszego opracowania.

**Inny** to osoba odmienna, lecz w wystarczającym stopniu znana, mimo charakteryzujących ją różnic rozumiana i w związku z tym przewidywalna. Zaliczać się może zarówno do kręgu My (Inny bliski – znany osobiście, bezpośrednio, np. członek rodziny, z którego odmiennością oswoiło się dzięki współżyciu), jak i do kręgu

Oni (Inny daleki – żyjący poza kręgiem My, wprawdzie nie znany osobiście i bezpośrednio, lecz rozumiany przynajmniej na pierwszy rzut oka, choćby pozornie i postrzegany stereotypowo dzięki dostrzeżonym w trakcie porównania analogiom oraz dotychczasowemu doświadczeniu w kontaktach z osobami tej kategorii). W zależności od treści różnicy i stopnia znajomości, Inny może budzić ciekawość, zainteresowanie, wywołując chęć nawiązania kontaktu w celu bliższego poznania, a przynajmniej do kontaktu takiego nie zniechęca. Dlatego łatwo jest wyobrazić sobie relację z Innym, budowanie więzi, otoczenie go opieką i wzajemne przekraczanie granic poznania we wspólnej przestrzeni materialnej i symbolicznej.

Kryterium wyróżnienia, możliwy stopień poznania Innych i wiążące się z tym ich kategoryzacje nie mają zastosowania w przypadku **Obcych**, charakteryzujących się trudnym, wręcz niemożliwym do zrozumienia stylem życia, obyczajami, nawykami, wyglądem itp. Obcy to człowiek odmienny, zawsze zaliczany do kręgu Oni, radykalnie wykraczający poza Innego, bowiem zupełnie nieznan – lub znany w tak niewielkim stopniu, że uniemożliwia to rozumienie go. W związku z nieprzewidywalnością jego sposobu myślenia i zachowania, jego obecność wiąże się z niepewnością, nieufnością, wręcz poczuciem zagrożenia. Obecność zbyt drastycznej różnicy, może doprowadzić do sytuacji, w której Obcy zostaje uznany za osobę niepożądaną, co wiedzie do jego izolacji, dyskryminacji czy eksterminacji. W relacjach jednostkowych i społecznych Obcy wzbudza większe emocje niż pozostałe osoby. Jako potencjalnie groźny, może stać się przedmiotem niechęci, marginalizacji, odrzucenia, a nawet słownej lub fizycznej agresji będących swoistymi wyrazami postawy obronnej.

Inni i Obcy przynależą zarówno do minionych, współczesnych, jak i przyszłych pokoleń; dani są nam w różnych kodach i postaciach<sup>2</sup>. Inność i Obcość nie stanowi cechy bezwzględnej, przysługującej stale temu samemu człowiekowi lub tej samej kategorii osób. To cecha względna, którą posiada się w pewnych warunkach, a nie posiada w innych – niezależnie od własnych modyfikacji. Można ją ujmować zarówno w kontekstach wewnątrz kulturowych (ja na tle innych ludzi), jak i międzykulturowych (ktoś na tle mnie samego oraz innych ludzi)<sup>3</sup>.

Mimo możliwych typologii i kategoryzacji opartych na właściwościach poszczególnych chorób i poziomów kondycji psychofizycznej (co na przykład urzędnikom Narodowego Funduszu Zdrowia lub psychoterapeutom pozwala zaliczać pa-

<sup>2</sup> Patrz: M. Jarymowicz: *Poznać siebie – zrozumieć innych*. [w:] J. Koziński (red.): *Humanistyka przełomu wieków*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1999, s. 190.

<sup>3</sup> Patrz: Z. Bauman: *Socjologia*. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1996, s. 49.

cientów do określonych typów i wyznaczać formalnie określone procedury postępowania z nimi), rozpatrywanie cierpiących, chorych i umierających w kategoriach Inności i Obcości, moim zdaniem zdecydowanie wymaga podejścia jednostkowego. Oto szczegóły...

### **Ideologiczne podstawy spotkania i dialogu z Innym i Obcym**

W przypadku jednostkowego podejścia do podmiotów charakteryzowanych w kategoriach różnicy, jako szczególnie przydatna jawi się koncepcja Innego opracowana przez Emmanuela Lévinasa. Jak zauważa ten francuski filozof: „Ludzka inność pomyślana jest nie od strony inności czysto formalnej i logicznej, przez którą członki każdej wielości odróżniają się od siebie (gdzie każdy jest inny już jako nosiciel różnych cech albo w przypadku wielości równych sobie członków, każdy jest inny od innego dzięki swemu ujednostkowieniu). Pojęcie inności transcendentnej – inności otwierającej czas – badane jest przede wszystkim od strony inności treściowej (...)”<sup>4</sup>.

Ryszard Kapuściński, wypowiadając się z pozycji doświadczonego uczestnika spotkań z Innymi i Obcymi w ramach licznych relacji międzykulturowych we współczesnym świecie, pisze nawet o swoistym przełomie w podejściu do Inności, który spowodowała właśnie filozofia E. Lévinasa: „Zatrzymaj się – zda się mówić do spieszącego w rozpędzonym tłumie człowieka. Zatrzymaj się. Oto obok ciebie jest inny człowiek. Spotkaj się z nim. Spotkanie takie jest największym przeżyciem. Najważniejszym doświadczeniem. Spójrz na twarz tego Innego, którą on ci oferuje. Poprzez tę twarz przekazuje ci siebie, więcej – przybliża cię do Boga. Lévinas idzie dalej. Mówi: nie tylko musisz spotkać się z Innym, przyjąć go, dokonać aktu rozmowy. Musisz wziąć za niego odpowiedzialność. Filozofia Lévinasa wyodrębnia jednostkę, indywidualizuje ją, wskazuje, że oprócz mnie jest jeszcze ktoś Inny, z którym – jeśli nie zdobędę się na wysiłek uwagi i nie okażę pragnienia spotkania – będziemy mijać się obojętni, zimni, nieczuli, bez wyrazu i duszy. Tymczasem, mówi Lévinas, ten Inny ma twarz, a jest ona księgą, w której zapisane jest dobro. Tu interesująca nas teza Lévinasa mówiąca o fundamentalnym znaczeniu różnicy – że akceptujemy Innego, choć jest różny, i że właśnie różność, inność jest bogactwem i wartością, jest dobrem”<sup>5</sup>.

W filozofii E. Lévinasa, Inny (a zwłaszcza Obcy, którego istota wprawdzie nie została wyrażona dosłownie, lecz *implicite* jest obecna w pogłębionej charak-

<sup>4</sup> E. Lévinas: *Czas i to, co inne*. Tłum. J. Migasiński, Wydawnictwo KR, Warszawa 1999, s. 16.

<sup>5</sup> R. Kapuściński: *Ten Inny. Wykłady wiedeńskie II*. Wydawnictwo Znak, Kraków 2006, s. 27-28.

terystyce obiektu refleksji mistrza) jawi się jako tajemniczy wędrowiec, którego człowiek spotyka na swej drodze życia, podchodząc do niego tak, jak nauczono go w procesie socjalizacji; traktując tak, jak sam zdecyduje w oparciu o swe unikalne doświadczenia. Jak zauważa R. Kapuściński: „Inny w refleksji autora *Le temps et l'autre* to zawsze pojedynczy człowiek, jednostka. Jednakże człowiek, który jest sam, bywa zwykle bardziej «ludzki», niż kiedy jest członkiem tłumu, podnieconej masy. Pojedynczo jesteśmy i mądrzejsi, i lepsi, bardziej obliczalni”<sup>6</sup>. „Jeśli relacja z innym – pisze dalej E. Lévinas – zawiera coś więcej niż relacje z tajemnicą, to jest tak dlatego, że do tego innego dociera się pośród codziennego życia, kiedy jego samotność i głęboka inność są już przestonięte przez konwenans. Jeden dla drugiego jest tym, czym ten drugi dla pierwszego; podmiot nie ma żadnego wyjątkowego miejsca. Inny znany jest poprzez sympatię, jako inny ja sam, jako *alter ego*”<sup>7</sup>.

W powyższym kontekście można stwierdzić, że jednostka zawsze staje przed wyzwaniem uwikłania się w przygodę spotkania i doświadczania obecności drugiego człowieka, co będzie się wiązać z próbami zaliczania go do kategorii Innych lub Obcych – próbami niekiedy nieudanymi i wiodącymi do kolejnych. **Spotkanie** z człowiekiem zawsze bowiem wiąże się z określoną postawą wobec niego, warunkowaną przez czynniki kulturowe i wcześniejsze doświadczenia. Na tej zasadzie mamy do czynienia z każdorazowym spotkaniem przeszłości i przyszłości, których treść i dynamikę warunkuje właśnie obecność Innych i Obcych. Zdaniem Martina Bubera, w tego rodzaju spotkaniach, kluczowa może się okazać intuicja: „Chcąc jednocześnie czujnie troszczyć się o «dzisiaj» i przewidująco przygotować «jutro» musimy w nas samych i w pokoleniach, które przyjdą po nas, rozwijać dar, który żyje w głębi człowieka jak kopciuszek i przyszła księżniczka zarazem. Niektórzy nazywają go intuicją, ale nie jest to termin całkiem jednoznaczny. Osobiście wolałbym – pisze Autor – nazwę realna fantazja, ponieważ w prawdziwej swej istocie nie jest już ona oglądem, lecz śmiałym, pełnym polotu wymagającym najbardziej intensywnych poruszeń mojego bytu wkroczeniem w inne, co jest właśnie cechą wszystkich prawdziwych fantazji. Z tym tylko, że obszarem mojego czynu nie jest tutaj wszechmożliwość, lecz wychodząca mi naprzeciw szczególna, realna osoba, którą właśnie tak a nie inaczej, w jej całości, jedności i niepowtarzalności i w jej dynamicznym centrum, urzeczywistniającym wszystko to wciąż na nowo, mogę próbować sobie uobecnić. Może się to jednak zdarzyć (...) tylko w żywym układzie partnerskim, to znaczy wówczas, gdy ja, dzieląc wspólną sytuację z drugim, żywotnie ustosunkuję

---

<sup>6</sup> Ibidem, s. 29.

<sup>7</sup> E. Lévinas: *Czas...*, op. cit., s. 92.

się do jego udziału w tej sytuacji jako jego. Oczywiście ta moja postawa może pozostać nieodwzajemniona i dialogika umrze w zarodku. Jeśli jednak uda się wzajemność, międzyludzkie rozkwita w prawdziwej rozmowie”<sup>8</sup>.

Dochodzimy więc do wniosku, że jedynym możliwym czynnikiem w relacjach międzyludzkich, w ramach których Obcy stanie się Innym, a Obcość i Inność nie będą własnościami wykluczającymi porozumienie, jest **dialog** – najlepiej świadomy i celowy w refleksji każdej z jego stron. Tylko w początkowej fazie i z pozoru dialog może wydawać się procesem niemożliwym, czy z góry skazanym na porażkę – zwłaszcza, jeśli jego uczestnikami byłiby Obcy, których odmienność przerażałaby, a zbudowanie więzi z nimi byłoby trudne do wyobrażenia zwłaszcza dla niedoświadczonej jednostki, niepewnej swych kroków i mającej trudności z podejmowaniem decyzji tak odważnych i obfitujących w nieprzewidywalne konsekwencje, jak przekraczanie granicy Obcości. Jak bowiem zauważa Albert Schweitzer: „Żaden człowiek nigdy nie jest dla drugiego człowieka całkowicie i ustawicznie obcy. Człowiek należy do człowieka. Człowiek ma prawo do ludzi. Mogą nastąpić ważne i mniej ważne wydarzenia, które usuną obcość odczuwaną wobec innych ludzi w życiu codziennym i stworzą pomiędzy nami wzajemne ludzkie stosunki. Prawo wzajemnej serdeczności powinno przełamać dystans między ludźmi”<sup>9</sup>.

Głębiej ukryta w podstawach relacji międzyludzkich idea serdeczności będąca wyrazem humanistycznej koncepcji miłości do żywych istot – zwłaszcza do człowieka, wydaje się szczególnie istotna w refleksji o postawach osób opiekujących się cierpiącymi, chorymi, umierającymi. Inność i Obcość tych ostatnich, poprzez unikalność doświadczenia cierpienia, chorowania i umierania oraz ich recepcję w środowiskach uczestników poszczególnych spotkań jest wyjątkowa, niepowtarzalna, nieprzewidywalna – choćby nawet mówić o cierpiących, chorych i umierających jako o określonej kategorii ludzi o podobnych potrzebach i prawach. Pozwala to zdać sobie sprawę z głębi refleksji na ten temat i nieuchronności jej interdyscyplinarnych wątków.

### **Cierpiący, chorzy i umierający jako Inni i Obcy**

Spotkanie z człowiekiem, możliwość współdzielenia z nim czasu, przestrzeni i słowa, wbrew pozorom nie jest procesem oczywistym i prostym. Wprawdzie ułatwia go

<sup>8</sup> M. Buber: *Między osobą a osobą*. Tłum. J. Doktor. [w:] J. Stewart (red.): *Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej*. Tłum. J. Suchecki et al., Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003, s. 629 (źródło oryginalne: M. Buber: *Między osobą a osobą*. Tłum. J. Doktor, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1992, s. 154).

<sup>9</sup> A. Schweitzer: *Życie*. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1974, s. 41.

możliwa lub sprowokowana (np. w trakcie realizacji koncepcji edukacji międzykulturowej) równość, a przynajmniej podobieństwo statusów i ról społecznych, wspólnota wieku, doświadczeń i celów, wywodzenie się z pokrewnych środowisk i inne oczywiste okoliczności, jednak najczęściej spotkaniu towarzyszą mieszane emocje i niepewność, która potęguje się wraz z uświadamianiem sobie przez uczestników spotkania wzajemnej Inności i Obcości. Dla osób lubiących nowe wyzwania może to być czynnik mobilizujący i motywujący. Gdy jednak po zaspokojeniu pierwszej ciekawości okazuje się, że w tle rodzącej się relacji będzie cierpienie, choroba lub bliskość śmierci, to spotkanie (zwłaszcza wymuszone – np. w placówce medycznej) może być przykrą koniecznością, a relacja ograniczona jej wymuszeniem.

Bywają spotkania, w trakcie których Inność i Obcość jest nieunikniona, a osoby jej doświadczające nie mają wyboru i muszą żyć na przykład z chorobą swoją lub bliskich, stopniowo oswajając się ze zmianami ciała i psychiki, doświadczając nadziei, rozpaczy, buntu, zmęczenia we wszelkich odcieniach. Wiąże się to z głębokim cierpieniem, które trudno jest wyrazić słowami, a jego ciężar jest inny w każdym przypadku. Jak pisze E. Lévinas: „W cierpieniu mamy do czynienia z nieobecnością wszelkiego schronienia. Jest ono faktem bezpośredniego wystawienia na bycie. Składa się z niemożliwości ucieczki i odwrotu. Cała ostrość cierpienia tkwi w tej niemożliwości wycofania się. Jest ono faktem bycia osaczonym przez życie i bycie. W tym sensie cierpienie jest niemożliwością nicości. Jednak w cierpieniu, równocześnie z niemożliwością odniesienia do nicości, zawarta jest bliskość śmierci. Ból sam w sobie zawiera jakby paroksyzm, jak gdyby miało nastąpić coś jeszcze bardziej rozdzierającego niż cierpienie, jak gdyby wbrew zupełnej nieobecności wymiaru powracania do siebie, konstytutywnej dla cierpienia, istniała jeszcze wolna przestrzeń dla jakiegoś wydarzenia, jak gdyby należało się jeszcze o coś niepokoić, jak gdybyśmy byli u progu wydarzenia wykraczającego ponad to, które zostało do końca odstonięte w cierpieniu”<sup>10</sup>.

Zupełnie inaczej przyczyny i skalę cierpienia dookreśliłby lekarz, dla którego istotna jest nie tylko ulotność kondycji duchowej pacjenta, ale z racji metodyki wykonywanej profesji, dla którego liczą się przede wszystkim objawy choroby decydujące także o Inności i Obcości poprzez wiktanie chorego i jego bliskich w konsekwencje schorzenia i niezbędnej terapii. „Wielu autorów zwracało uwagę, że nie ma chorób, są tylko chorzy ludzie (...) – pisze Romuald Wiesław Gutt – Mamy więc na przykład podręcznikowe objawy zapalenia płuc i opis przebiegu choroby. Zarówno objawy, jak i przebieg będą jednakże zupełnie odmienne u człowieka młodego

---

<sup>10</sup> E. Lévinas: *Czas...*, op. cit., s. 67-68.

i starego, inny będzie przebieg u sportowca, inny u człowieka, który życie spędza za biurkiem, który nie odróżni jodły od sosny; inaczej przebiega choroba u człowieka przedtem zdrowego, zupełnie odmiennie u cierpiącego na rozedmę czy pylicę płuc; przebieg choroby wygląda inaczej u człowieka stale przekarmianego, inaczej u niedożywionego, u każdego z nich bowiem proces przemiany materii został w jakiś sposób zwichnięty. Odmienność objawów i przebiegu choroby będzie łatwo uchwytna dla lekarza, nie rzuca się natomiast w specjalny sposób otoczeniu. Inaczej natomiast, gdy chodzi o sprawy zachowania, reagowania na określone bodźce, o nawyki. Trzeba przypomnieć, iż powiązanie zagadnień psychiki z dolegliwościami cielesnymi stanowi dziedzinę ciągle jeszcze mało zgłębnioną, jakkolwiek mówili już o tym myśliciele starożytni<sup>11</sup>.

John Glick, wypowiadając się z pozycji doświadczonego lekarza, zwraca uwagę także na fakt, że zarówno w przypadku pacjentów i ich opiekunów, jak również lekarzy, pielęgniarek i terapeutów, istnieje niebezpieczeństwo popadnięcia w pułpkę Inności i Obcości, wynikające z potrzeby manipulowania uczestnikami spotkania i ich relacji, by wywołać określone zachowania. To skomplikowany proces związany nie tylko z akceptowaniem i odrzucaniem własnej sytuacji, a także na przykład z potrzebą choćby tylko chwilowej jej zmiany, odpoczynku od funkcjonowania w określonej roli: „Bezsilność jest jednym z najtrudniejszych ludzkich doświadczeń. Bycie pacjentem, zamkniętym w roli chorego, może być upokarzające i przynębiające. Pacjent jest jednakże kimś więcej niż tylko pacjentem lub biernym odbiorcą opieki. Role się odwracają, słaby może być silnym, a silny słabym, co równoważy jednostronność. Silni mogą zrobić sobie przerwę od ciągłej potrzeby sprawowania kontroli, a słabi mogą stosować władzę<sup>12</sup>. Inność i Obcość w takiej sytuacji są nieuniknione zwłaszcza wówczas, gdy uczestnicy relacji przywykli do funkcjonowania w pewnych schematach, a wyjście z roli wydaje im się niemożliwe lub nieodpowiednie. Podtrzymywanie dialogu wymaga od nich kreatywności, poczucia humoru i dystansu do siebie oraz innych – a nie każdego na nie stać; nie każdy może sobie na nie pozwolić. Szczególnie trudne może to być zwłaszcza w sytuacji umierania i bycia świadkiem śmierci, bowiem są one obwarowane licznymi rytuałami i innymi wzorami kulturowymi, których przekraczanie może zostać uznane

<sup>11</sup> R.W. Gutt: *O zdrowych i chorych*. Wydawnictwo Literackie, Kraków 1977, s. 54-55. Szerzej na ten temat – patrz: Z. Bohdan: *Inny w medycynie – od izolacji do integracji*. [w:] B. Jachimczak, B. Olszewska, D. Podgórska-Jachnik (red.): *Miejsce Innego we współczesnych naukach o wychowaniu*. Satoridruk.pl, Łódź 2007, s. 19-24.

<sup>12</sup> J.T. Glick: *Radość umierania: Gesundheit!* Tłum. E. Budajczak. [w:] Z. Rudnicki (red.): *Ars moriendi, ars vivendi, ars educandi*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 2012, s. 109-110.



za naruszenie sfery tabu, co wiązałoby się z natychmiastowym zakwalifikowaniem czynu jako aktu Obcości.

Opinie psychiatry Colina Murraya Parkesa o międzykulturowych okolicznościach podejścia do spraw ostatecznych wnoszą do refleksji o Inności i Obcości kategorie „zmiany” i „straty”: „Do czasu, kiedy wkraczamy w dorosły wiek, każdy z nas wykształca w sobie skomplikowaną skalę przywiązań, nie tylko do ludzi, ale także do miejsc, przedmiotów, a nawet systemów ideologicznych. W ten sposób stajemy się przywiązani do wszystkiego, co nazywamy «moim»: «mój kraj», «moje miasto», «mój samochód», a nawet «mój zawód», «mój system prawny», «mój język» i «mój Bóg». Każdy z tych elementów przyczynia się do wzrastania i stabilizowania naszego poczucia bezpieczeństwa, określenia swojego miejsca w świecie i, w pewnym sensie, kontroluje to. Utrata każdego z tych elementów może być powodem żałoby, czyli smutku spowodowanego stratą. Czynniki kulturowe pomagają także określić nie tylko zasady pokrewieństwa i innych naszych powiązań z ludźmi, ale również naszego przywiązania do przedmiotów, systemów społecznych i idei. Te osoby, których bezpieczeństwo zależy bezpośrednio od konkretnej osoby albo niewielkiej rodziny, znoszą straty gorzej niż ci, którzy dzielą swoje przywiązanie pomiędzy członków rozległej sieci społecznej czy rodzinnej. Ci, którzy inwestują więcej w swoją pracę, w swoje ciało, sprawność fizyczną czy Boga, będą w razie utraty którejś z tych rzeczy cierpieć bardziej, natomiast ich smutek będzie stosunkowo mniejszy, kiedy rozstaną się z czymś, co nie jest w ich życiu takie ważne. Z kolei u innych rzecz będzie się miała odwrotnie. A ponieważ to nasza kultura zazwyczaj determinuje, kogo i co kochamy, nie powinniśmy się dziwić, że wpływy kulturowe grają jedną z głównych ról w naszych reakcjach na zmiany i straty”<sup>13</sup>.

Gdy skutek zachodzących w życiu człowieka zmian coś znika bezpowrotnie (mogą to być zarówno osoby i przedmioty, lecz także możliwości i zdolność wykonywania określonych czynności wiodące do zmiany statusu społecznego itp.), poczucie straty może wzmacniać wyobcowanie jednostki tym bardziej, im intensywniejsze było przywiązanie do jej obiektu. Reakcje tracącego, jak i jego bliskich, mogą prowadzić do dramatycznej sytuacji czasowego lub trwałego pogłębienia się Inności i Obcości, zamknięcia w sobie, ucieczki we wspomnienia lub marzenia do świata sprzed straty.

---

<sup>13</sup> C. Murray Parkes: *Wnioski II: przywiązanie i strata w perspektywie międzykulturowej*. [w:] C. Murray Parkes, P. Laungani, B. Young (red.): *Przemijanie w kulturach. Obyczaje żałobne, pocieszenie i wsparcie*. Tłum. K. Ciekot-Roczon, Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2001, s. 332.

## Sfery Inności, Obcości i (nie)porozumienia

Wyznaczniki sfer Inności i Obcości związanych z cierpieniem, chorowaniem i umieraniem mogą być **naturalne** (np. zachowania związane z fizjologią, reakcje, niewiedza) lub **wymuszone** (np. elementy systemu ochrony zdrowia i procedur funkcjonowania placówek medycznych; zachowania personelu wytrenowane w trakcie tzw. grup balintowskich<sup>14</sup>, instrumentarium medyczne).

Dla osób ich doświadczających (np. chorych i ich bliskich) oraz funkcjonujących w nich profesjonalnie (np. personelu placówek medycznych), sfery te mogą mieć charakter **subiektywny** lub **obiektywny**, wiążąc się z kompetencjami i doświadczeniami, a także wynikającymi z nich postawami (np. uprzedzeniami) poszczególnych osób oraz stereotypowymi opiniami, które warunkują ich poglądy i zachowanie. Ta sama sfera może więc być odmiennie postrzegana przez różne osoby, podobnie jak jej poszczególne elementy (cechy) mogą być różnie kwalifikowane. Dlatego też można mówić o wręcz nieskończonej liczbie odmian sfer Inności i Obcości w obliczu choroby i śmierci, a wszelkie ich typologie są umowne.

Oto **sfery Inności i Obcości** wraz z ich najczęściej doświadczanymi elementami:

- a) sfera bezosobowa:
  - system (procedura);
  - przestrzeń (otoczenie);
  - przedmioty (narzędzia i urządzenia);
- b) sfera osobowa:
  - zjawisko lub proces fizjologiczny (chorowanie, umieranie, reakcje na nie);
  - relacje międzyludzkie (status, komunikowanie, temperament, religia/światopogląd).

---

<sup>14</sup> W 1930 roku Michael Balint założył pierwszą grupę warsztatową dla lekarzy ogólnych w celu wdrożenia jej uczestników do postrzegania psychosomatycznego podłoża schorzeń poprzez uświadamianie lekarzom, że wiele chorób ma również podłoże psychiczne oraz drobiazgowego analizowania relacji lekarz-pacjent. Jego pionierskie prace przyniosły zadowalające efekty i są dziś kontynuowane. W organizowanych współcześnie tzw. *grupach Balinta* lekarze, pielęgniarki, terapeuci i inni specjaliści poznają zasady relacji z pacjentem, analizują swoje przeciwprzeniesienie (reakcję na przeniesienie) i uczą się sobie z nim radzić. Uczestnictwo w tych zajęciach nie tylko poprawia jakość relacji z pacjentami, ale również pomaga walczyć ze zjawiskiem wypalenia zawodowego. Szerzej na ten temat – patrz: E. Balint, M. Courtenay, A. Elder, S. Hull, P. Julian: *The doctor, the patient and the group. Balint revisited*. Routledge, London 1993; M. Balint: *The doctor, his patient and the illness*. Churchill Livingstone, London 2000; A. Moreau: *Formation psychologique en médecine et groupe Balint*. Nauvelaerts, Beauvechain 1990.

Przebywanie w tych sferach może się wiązać z różnymi przypadkami nieporozumień, wskutek których poczucie czy doświadczanie Inności i Obcości może się zmieniać. Dlatego też poszczególne osoby różnie reagują na poszczególne elementy tych sfer, różnie sobie z nimi radzą. Niektórzy z czasem uczą się i zaczynają akceptować warunki funkcjonowania w nich (np. w trakcie długotrwałego leczenia lub przebywania w placówce medycznej lub opiekuńczej) – inni mają z tym trudności, bywa że dają wyraz swym postawom obronnym i buntują się.

Oto wypowiedzi rodziców chorych dzieci dotyczące tego zagadnienia w odniesieniu do powyżej określonych sfer<sup>15</sup>:

- system (procedura) – *Od początku pobytu w szpitalu nie potrafiłam nie buntować się przeciwko procedurom. Każdy świstek, każdy podpis, każdy telefon doprowadzały mnie do białej gorączki, bo byłam przekonana, że to strata czasu, że trzeba robić coś szybciej, że oni [lekarze i pielęgniarki – przyp. P.P.G.] tak złośliwie się bawią, bo chcą sobie zaoszczędzić roboty. Potem przyszła chyba taka obojętność, a może to bezsilność – nie wiem. Teraz już to wszystko robimy mechanicznie i jak nam coś każą, to się robi byle szybciej. Może to zaufanie? Raczej nie. Chyba zmęczenie. No i nadzieja ciągle w nas jest.*
- przestrzeń (otoczenie) – *Szpital dziecięcy zrobił na mnie przerażające wrażenie. Wszędzie biało albo czarno. Oni mówią, że to kolor grafitowy, ale to gównem prawda. Pewnie, że im to łatwiej później sprzątać. Albo nawet nie, bo brudu nie widać na czarnym. Ale to wszystko przytłacza. Siedzieliśmy w poczekalni jak w więziennej rozmównicy. Jeszcze te drzwi na bzyckki. Ogólnie fatalne wrażenie. To ma być szpital dziecięcy? No i jeszcze fatalne oznaczenia. Teraz już się nauczyłam, ale na początku nigdzie nie mogliśmy trafić. Nawet pracownicy czasem nie wiedzieli jak iść i kazali pytać portiera. Normalnie, jak w jakimś koszmarnym śnie. A ja tu z dzieckiem zapierdalam na wózku i papiery mi lecały na podłogę. Najgorszemu wrogowi nie życzyłabym, aby tu przebywał – a co dopiero się leczył. Projektanta powinni tu zesać za karę. Po tygodniu pewnie miałby depresję.*

---

<sup>15</sup> Wypowiedzi zostały zgromadzone w latach 2008-2016 wśród rodziców pacjentów Oddziału Chirurgii Dziecięcej z Pododdziałami Urologii i Leczenia Oparzeń w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. J. Bizuela w Bydgoszczy; Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Dziecięcej w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. A. Jurasza w Bydgoszczy; Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy. Zanimowali je wolontariusze Akademickiego Centrum Wolontariatu przy Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy oraz wolontariusze bydgoskiego oddziału Fundacji „Dr Clown” opiekujący się pacjentami w tych instytucjach w ramach pracy społecznej.

- przedmioty (narzędzia) – *Od dziecka bałam się igieł. Zawsze byłam przerażona, gdy w szkole były szczepienia, albo matka kazała mi iść do dentysty. A teraz sama muszę kupować w aptece igły, strzykawki, szczoteczki do czyszczenia rurki tracheostomijnej. Muszę robić z nimi te straszne rzeczy mojemu dziecku. Cały czas mam nadzieję, że tak trzeba, że to pomoże. Lekarze tak mówią, a pielęgniarka pokazała mi, jak mam się nimi posługiwać. Jednak wciąż mi cierpnie gęsia skórka. Co z tego, że wiem, skoro do mnie nie dociera, że dzięki temu może być lepiej. Ale oboje z mężem w to wierzymy, no bo w końcu u innych to pomogło.*
- przedmioty (urządzenia) – *Jest mi trudno sobie wyobrazić, że moje dziecko jest teraz jak Robocop. W nocy podłączam go do respiratora i wsłuchuję się, jak maszyna za niego oddycha. Co jakiś czas, regularnie pika pompa infuzyjna i muszę zmienić strzykawkę z lekiem albo „baterię” odżywiania dojelitowego. To ciągle jest nasza córka, ale jakże inna. Wczoraj powiedziałam jej, że kocham ją z tymi wszystkimi rurkami i kabelkami. Ale chyba tak z osobna, to tych rurek i kabelków nienawidzę, mimo że podtrzymują ją przy życiu. Chyba. Trudno mi znaleźć coś wspólnego między maszyną i moim dzieckiem.*
- zjawisko lub proces fizjologiczny (chorowanie) – *Od kiedy Maciek zaczął chorować, stał się jakby „nie nasz”. Bardzo długo nie mogliśmy z nim dojść do ładu, bo każde słowo kończyło się płaczem lub kłótnią. Mąż stwierdził, że nie poznaje naszego dziecka i chyba wszyscy przestaliśmy się rozumieć i zaczęliśmy się od siebie oddalać. Teraz, po trzech latach nauczyliśmy się żyć z nowotworem w rodzinie, ale chyba z każdym kryzysem musimy się poznawać od nowa.*
- zjawisko lub proces fizjologiczny (umieranie) – *Marta odchodziła bardzo długo. Kolejne tygodnie na OIOMie<sup>16</sup>, a później ZOL<sup>17</sup> i hospicjum. My wszyscy byliśmy jak na huśtawce: raz nadzieja, raz załamanie, raz zubożenie. Czasem wpatrywałam się w jej twarz i nie poznawałam jej. Zastanawiałam się, czy to jeszcze moje dziecko, czy to naprawdę moja córka, czy może zupełnie obce dziecko, a ja jestem tutaj tylko przez pomyłkę. Tak to wtedy czułam i modliłam się, aby to była prawda i abym mogła po powrocie do domu zastać tam swoją Martę. Trzymałam ją za rękę, gdy umierała, ale gdzieś w środku miałam przekonanie, że ta prawdziwa, moja Marta chyba jest gdzieś indziej, może stoi obok, a ja tu tylko tak sobie siedzę i widzę jakby woskową twarz znajomej laleczki.*

---

<sup>16</sup> Oddział Intensywnej Opieki Medycznej.

<sup>17</sup> Zakład Opiekuńczo-Lecznicy.

- relacja (status) – *Na naszym oddziale to jest normalnie, bo oni [personel – przyp. P.P.G.] tu żyją z nami trochę jak w rodzinie. Ale w innych szpitalach lekarze chodzą i zachowują się jak bogowie, a już najgorsi są ci stażyści i studenci ze szkoły medycznej. Od razu widać, że gardzą nami, bo czują się lepsi. Jak taki sobie zawiesi słuchawkę na szyi, to zaraz mu się wydaje, że może wszystkim pomiatać, a i tak będą mu lizać buty. Nie pojmuję, jak może być lekarzem ktoś, kto patrzy na wszystkich z góry i ledwie na dzień dobry raczy odpowiedzieć. Kiedyś patrzyłam, jak do windy stała kolejka. Studenci medycyny nie przepuścili ani ratowników z nieprzytomną pacjentką na noszach, ani sanitariusza z pacjentem na wózku, nie mówiąc już o nas zwyczajnych podludziach. Tak oto kształci się rasa panów, z którą po ludzku się nie dogadasz.*
- relacja (komunikowanie) – *Ta lekarka to chyba chce mnie wystraszyć. Kiedy coś mówi, to nic nie rozumiem. Niby po polsku, ale jak wychodzę z gabinetu, to nic nie wiem. Jak dostałam pierwszy wypis ze szpitala, to siedzieliśmy w domu wszyscy i czytaliśmy, co tam napisali. Ani w żąb. Albo po łacinie, albo jakoś tak, że oczy w ślup. No to poszłam do lekarki, by mi wytłumaczyła. A ona, że nie ma czasu, bo już mi wszystko powiedziała, a jak coś nie gra, to mam iść do lekarza pierwszego kontaktu. No to ja poszłam, a on mi tylko, że tu napisali, że już wszystko gra, a jak jestem ciekawa, to mam sobie w Internecie poszukać. No, normalnie geniusz, co nie? Więc nadal nic nie rozumiem.*
- relacja (temperament) – *Ja zupełnie nie rozumiem niektórych rodziców. Mają takie chore dziecko, a wciąż tylko żartują, śmieją się, bawią. Czasem nawet w nocy słysząc chichoty na korytarzu. Ja to bym tylko się modliła, głaskała, a ryczę praktycznie bez przerwy, bo mała i tak jest nieprzytomna, więc nie widzi. Chyba powinni jakoś zakazać tych zabaw i wygłupów. W końcu to szpital, a nie plac zabaw. Jakoś ludzie powinni być poważniejsi, gdy ktoś choruje. Ja tam jestem zupełnie jak oczadziła.*
- relacja (religia/światopogląd) – *Tutaj czasem ktoś umiera. Jak byłam z matką w hospicjum to też się zdarzało, nawet częściej. Tu w szpitalu jest chyba trochę bardziej obco. No, ksiądz przychodzi raz dziennie, da komunię i obrazki i leci dalej. To kapelan w całym szpitalu. A ja myślę, że na takich oddziałach, to zawsze ksiądz powinien być, bo jak ludzie umierają, to powinno się modlić. Bo w końcu idą stąd do Boga i szpital to taki przedpokój nieba. Tu wszyscy powinni się modlić. Chyba.*

Podstawowym zadaniem w kontekście edukacyjnym staje się poszukiwanie sposobu „odczarowania” Inności i Obcości poszczególnych sfer. Stanowi to wyzwanie dla specjalistów zajmujących się zagadnieniami tanatopedagogiki i pedagogiki międzykulturowej. Niezbędnym narzędziem, które mogłoby zostać wykorzystane w tym celu wydaje się przede wszystkim odpowiednia forma dialogu.

## Poszukiwanie formy dialogu

Nawiązanie dialogu, zwłaszcza takiego, którego celem ma być świadome mierzenie się z Innością i Obcością, a w rezultacie wzajemne (z)rozumienie może być łatwiejsze, jeśli jego uczestnicy będą przestrzegać określonych zasad. Istnieje wiele modeli czy technik komunikacji międzykulturowej, których twórcy uwzględniają rozmaite konsekwencje zróżnicowania kulturowego i potencjalne utrudnienia w relacjach z Innymi/Obcymi<sup>18</sup>.

Ponieważ w przypadku cierpiących, chorych i umierających należałoby uwzględnić także wiele czynników związanych z unikalną w każdym przypadku kondycją psychofizyczną, proponuję rozważenie koncepcji komunikacji wykorzystywanej w metodzie holdingu. Irena Obuchowska opisuje ją jako metodę terapii pierwotnie kojarzoną z charakterystycznym sposobem komunikowania z dzieckiem, uspokajania go i nawiązywania z nim uczuciowej bliskości. Współcześnie uchodzi ona za metodę nawiązywania relacji i więzi także osób dorosłych oraz rozwiązywania problemów jednej osoby przez pryzmat problemów całej rodziny<sup>19</sup>. Istotą metody holdingu jest tak zwane „wczuwanie się” w sytuację drugiego człowieka oparte na realizacji idei miłości: „(...) miłość między ludźmi bez wczuwania się w drugą osobę nie ma szansy istnienia, a ponieważ współcześni ludzie w naszym coraz bardziej technicyzowanym świecie tracą zdolność wczuwania się, zanika także zdolność do miłości”<sup>20</sup>.

Etapy procesu wczuwania się są następujące:

„– Jestem gotów wejść w położenie drugiego człowieka (Jak ci się wiedzie w tej sytuacji?) i wziąć pod uwagę jego odczucia (Co czujesz?)

<sup>18</sup> Szerzej o dialogu i komunikacji międzykulturowej – patrz: Z. Bohdan: *Jak rozmawiać z umierającym dzieckiem?* [w:] C. Kosakowski, A. Krause, S. Przybyliński (red.): *Pomiędzy teorią a praktyką*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2006, s. 122-127; A. Janowicz, P. Krakowiak, B. Sikora: *Zdrowa rozmowa. Sztuka komunikacji z osobami u kresu życia i ich opiekunami*. Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2014; A. Janowicz, P. Krakowiak, A. Paczkowska, B. Sikora (red.): *Sztuka komunikacji z osobami u kresu życia. Poradnik dla profesjonalistów i opiekunów nieformalnych – rodzin i wolontariuszy*. Fundacja „Lubię pomagać”, Gdańsk 2013; P. Krakowiak: *Zdążyć z prawdą. O sztuce komunikacji w hospicjum*. Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2006; U. Kusio (red.): *Polifonia, dialog i zderzenie kultur. Antologia tekstów z komunikacji międzykulturowej*. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2007; U. Kusio: *Dialog w komunikacji międzykulturowej. Ideaty a rzeczywistość*. Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2011; S. Reynolds, D. Valentine: *Komunikacja międzykulturowa. Przewodnik*. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009.

<sup>19</sup> Patrz: I. Obuchowska: *Wstęp do wydania polskiego*. [w:] J. Prekop: *Wczuwanie się, czyli inteligencja serca*. Tłum. M. Świętek, Media Rodzina, Poznań 2003, s. 10-11.

<sup>20</sup> I. Obuchowska: *Wstęp...*, op. cit., s. 10-11.

- Porównuję jego odczucia z moimi. (Czy znam te odczucia? Czy także przeżyłem już coś podobnego? Co czułem wówczas? Albo czy mogę sobie przynajmniej wyobrazić sytuację tej osoby?)
- Wytaczam wyraźną granicę między swoim ja (podmiotem) i ty (obiektom), aby zinterpretować sytuację z jego, a nie ze swojej perspektywy. (Patrzę na ciebie, słucham cię, wyczuwam cię. Widzę, że czujesz się inaczej, niż ja).
- Dopiero gdy się na chwilę oderwę od siebie samego (nie zatracając siebie), mogę zrozumieć tego drugiego człowieka z jego perspektywy i w jego stanie ducha, nastawić się emocjonalnie i uczuciowo się z nim zharmonizować. (O tak, wiem, albo przynajmniej mogę sobie wyobrazić, jak się czujesz. Właściwie musiałbym jeszcze więcej o tobie wiedzieć, żeby cię lepiej zrozumieć).
- I dopiero wtedy mogę wyjść mu naprzeciw z konkretnym działaniem i zaofiarować pomoc. (Co mam dla ciebie uczynić, żebyś poczuł się lepiej i żebyś wiedział, że nie jesteś sam?)<sup>21</sup>.

Interesującym uzupełnieniem powyższego schematu postępowania może być świadome słuchanie scharakteryzowane w przytoczonym przez Thomasa Gordona wierszu „Słuchaj”. Bez słuchania komunikacja w sferze Obcości (zwłaszcza lekarza z pacjentem) może być tylko monologiem:

Gdy proszę, byś mnie wysłuchał,  
 a ty zaczynasz udzielać mi rad,  
 nie robisz tego, o co cię proszę.  
 Gdy proszę, byś mnie wysłuchał,  
 a ty zaczynasz mi mówić,  
 dlaczego powinienem czuć inaczej,  
 depczesz moje uczucia.  
 Gdy proszę, byś mnie wysłuchał,  
 a ty uważasz, że powinieneś coś zrobić,  
 by rozwiązać mój problem,  
 zawodzisz mnie,  
 choć może to wydać się dziwne.  
 Słuchaj! Prosiłem tylko o jedno,  
 nic nie mów i nie rób – po prostu wysłuchaj mnie. (...)  
 Gdy robisz za mnie coś, co potrafię  
 i powinienem robić sam,  
 sprawiasz, że rośnie mój lęk,  
 czuję się coraz bardziej niepotrzebny.

<sup>21</sup> J. Prekop: *Wczuwanie...*, op. cit., s. 113-114.

*Ale kiedy przyjmujesz jako fakt oczywisty,  
że ja czuję to, co czuję,  
choćby to było irracjonalne,  
wówczas nie muszę cię przekonywać  
ani tłumaczyć ci tego wszystkiego,  
co kryje się  
za irracjonalnym uczuciem.  
A gdy jest to jasne, odpowiedzi stają się  
oczywiste i nie potrzebuję rady.  
Irracjonalne uczucia mają sens,  
gdy rozumiemy, co się za nimi kryje. (...)  
Proszę więc, tylko wysłuchaj mnie.  
A jeśli zechcesz mówić, poczekaj chwilę  
na swoją kolej – teraz ja wysłucham ciebie<sup>22</sup>.*

Patch Adams – lekarz, terapeuta śmiechem i patron ruchu doktorów klaunów, wielokrotnie zwracał uwagę, że poza brakiem uwagi i dialogu między osobami funkcjonującymi w relacjach cierpiących, chorych i umierających oraz osób sprawującymi nad nimi opiekę, wielce kłopotliwa jest sztywność postrzegania rzeczywistości oraz nieumiejętność wyjścia poza obowiązujące schematy i role<sup>23</sup>. Brak empatii lub z drugiej strony idealizowanie chorych utrudnia wchodzenie z nimi w relacje i traktowanie ich wbrew stereotypowi „majestatu cierpienia i śmierci”. Takie podejście pogłębia poczucie Inności i Obcości, bo w wielu sytuacjach wyklucza choćby tylko żartowanie i wspólny śmiech.

Tymczasem wyjście poza schemat i sprowadzenie trudnej sytuacji do absurdu, choćby na chwilę, pomaga przetrwać cierpienie, zapomnieć o chorobie „tu i teraz”, uczynić z nieprzyjaznego otoczenia magiczną przestrzeń, w której spotykają się równorzędni (bez względu na wiek, status, płeć, kondycję psychofizyczną itp.) partnerzy do zabawy i dialogu. Oto oparte na idei Patcha Adamsa potencjalne sposoby osvajania i przekraczania Inności/Obcości w każdej z powyżej określonych sfer:

a) sfera bezosobowa:

- system (procedura) – wprowadzenie własnych zabawnych procedur czy rytuałów (np. świętowanie zakończenia chemioterapii; obowiązek zakła-

<sup>22</sup> T. Gordon, E.W. Sterling: *Pacjent jako partner*. Tłum. T. Szafranski, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1999, s. 126-127.

<sup>23</sup> Szerzej na ten temat – patrz: P. Adams: *House calls. How we can all heal the world one visit at a time*. Robert D. Reed Publishers, San Francisco 2004; P. Adams, M. Mylander: *Gesundheit! Bringing Good Health to You, the Medical System, and Society through Physician Service, Complementary Therapies, Humor, and Joy*. Healing Arts Press, Rochester 1998.



- dania czerwonych nosów podczas odwiedzin wolontariuszy; niecodzienne formy powitania itp.);
- przestrzeń (otoczenie) – przemalowanie ponurych ścian placówek opiekuńczo-medycznych przy pomocy żywych kolorów; wykorzystanie obrazów dostarczających dobre wspomnienia i pozwalających na odrealnianie miejsca (np. malowanie wewnątrz szpitali dziecięcych w bajkowe sceny z wykorzystaniem krajobrazów i postaci z kultury masowej);
  - przedmioty (narzędzia i urządzenia) – nadawanie zabawnych i absurdalnych funkcji przedmiotom wykorzystywanym w terapii (wykorzystanie niecodziennych wzorów odzieży dla personelu medycznego i pomocniczego – np. malowanie na maskach chirurgicznych uśmiechów i zębów, fartuchy w kwiaty lub misie itp.; przemalowywanie urządzeń celem upozorowania zmiany ich funkcji – np. tomograf przemalowany na łódź podwodną);
- b) sfera osobowa:
- zjawisko lub proces fizjologiczny
    - chorowanie – nadawanie objawom choroby niecodziennych funkcji (np. gorączka jako funkcja superbohatera Człowieka Pochodni); sprowadzenie zabiegów lekarskich i pielęgniarских do czynności „nie z tego świata” (np. smarowanie maścią opisywane jako „walka z glutoplazmą”, podłączanie kroplówek i robienie zastrzyków postrzegane jako czynności podtrzymywania przy życiu Robocopa);
    - umieranie – spełnianie nawet najbardziej absurdalnych życzeń i marzeń umierających (np. kąpiel w makaronie; wprowadzenie do łóżka umierającego jego ulubionego zwierzęcia);
  - relacje międzyludzkie
    - status – reagowanie na akademicką/medyczną pozycję lub pozę (!) oraz związane z nimi przywileje zabawą pozwalającą znieść Obcość statusu (np. naszczekanie na ordynatora; zorganizowanie konkursu pokazywania języka lub puszczenia bąków z udziałem personelu medycznego i pielęgniarского);
    - komunikowanie – podejmowanie prób żartowania z akademickiego i lekarskiego żargonu poprzez nadawanie usłyszonym wyrazom nowych znaczeń; podjęcie rozmowy o sprawach medycznych z wykorzystaniem kategorii potocznych;
    - temperament – podejmowanie prób ograniczenia chłodnego dystansu profesjonalistów przy pomocy uśmiechu i dotyku z premedytacją (np. witanie lekarza przy pomocy puszczenia oczka lub przytulenia);

- religia/światopogląd – podejmowanie prób uczestniczenia w rytuałach religijnych istotnych dla chorych i cierpiących, nawet jeśli nie uznaje się lub nie rozumie ich funkcji; wzniesienie się ponad własne poglądy, jeśli tylko ma to sprawić komuś przyjemność.

\* \* \*

Skoro przedstawione wyżej elementy koncepcji dialogu z Innymi i Obcymi stanowią tylko subiektywną propozycję realizacji spotkań międzyludzkich nieosadzoną w teorii (nie to wszak jest celem niniejszego artykułu), proponuję na zakończenie powrócić do sfery idei, przypominając następującą myśl Zygmunta Mysłakowskiego: „Kiedyś powstanie nauka o współżyciu, która zbada dokładniej, niż obecne, prawa rządzące osobistym kontaktem ludzi, ich wzajemnym na siebie oddziaływaniem. Dziś są to zjawiska żywiołowe – często nie zmierzone, a najczęściej wcale nie uświadamiane – i nie zdajemy sobie sprawy, ile dobra lub krzywdy dla innych mieści w sobie jeden gest, jeden uśmiech, jedno skarcenie, jeden podstęp czy fałsz. Skutki ich są niekiedy tak trwałe, że żyją w nas od dzieciństwa do starości”<sup>24</sup>.

W życiu cierpiących, chorych i umierających oraz osób, które na różnej zasadzie spotykają na swej drodze, to właśnie gesty, uśmiechy, skarcenia czy inne formy komunikowania są tak istotne w budowaniu płaszczyzn dialogu. Nawet najmniejsze z nich mają wartość, jeśli tylko pomagają radzić sobie z poczuciem Obcości, a niezrozumiałych Obcych „przemieniają” w Innych, których z czasem będzie można poznać, zrozumieć, może nawet polubić i zaprzyjaźnić się... Ta wybitnie ludzka perspektywa dialogu, zapewne nieco idealistycznie wykracza poza merytoryczne dywagacje medycyny i pedagogiki, pewnie bardziej wiodąc ku iście metafizycznym manowcom.

Kto wie? Może właśnie tak trzeba? Może Inność i Obcość rozpatrywana na tle życia cierpiących, chorych i umierających czasem wymaga też właśnie pozateoretycznego podejścia... Stawiam tę tezę świadomie, bowiem podobnie jak Charles Chaplin: „Wierzę w nieznanne, we wszystko, czego nie ogarniamy rozumem; sądzę, że to, czego nie potrafimy pojąć, jest prostym faktem w innym wymiarze i że w strefie nieznanego mieszczą się nieskończone możliwości dobra”<sup>25</sup>.

<sup>24</sup> Z. Mysłakowski: *O kulturze współżycia. Rozważania i propozycje*. Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1967, s. 7.

<sup>25</sup> C. Chaplin: *Moja autobiografia*. Tłum. B. Zieliński, Spółdzielnia Wydawnicza „Czytelnik”, Warszawa 1967, s. 325.

## Bibliografia

- Adams P.: *House calls. How we can all heal the world one visit at a time*. Robert D. Reed Publishers, San Francisco 2004.
- Adams P., Mylander M.: *Gesundheit! Bringing Good Health to You, the Medical System, and Society through Physician Service, Complementary Therapies, Humor, and Joy*. Healing Arts Press, Rochester 1998.
- Balint E., Courtenay M., Elder A., Hull S., Julian P.: *The doctor, the patient and the group. Balint revisited*. Routledge, London 1993.
- Balint M.: *The doctor, his patient and the illness*. Churchill Livingstone, London 2000.
- Bauman Z.: *Socjologia*. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1996.
- Bohdan Z.: *Inny w medycynie – od izolacji do integracji*. [w:] B. Jachimczak, B. Olszewska, D. Podgórska-Jachnik (red.): *Miejsce Innego we współczesnych naukach o wychowaniu*. Satoridruk.pl, Łódź 2007.
- Bohdan Z.: *Jak rozmawiać z umierającym dzieckiem?* [w:] C. Kosakowski, A. Krause, S. Przybyliński (red.): *Pomiędzy teorią a praktyką*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2006.
- Buber M.: *Między osobą a osobą*. Tłum. J. Doktor, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1992.
- Buber M.: *Między osobą a osobą*. Tłum. J. Doktor. [w:] J. Stewart (red.): *Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.
- Chaplin C.: *Moja autobiografia*. Tłum. B. Zieliński, Spółdzielnia Wydawnicza „Czytelnik”, Warszawa 1967.
- Glick J.T.: *Radość umierania: Gesundheit!* Tłum. E. Budajczak. [w:] Z. Rudnicki (red.): *Ars moriendi, ars vivendi, ars educandi*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 2012.
- Gordon T., Sterling E.W.: *Pacjent jako partner*. Tłum. T. Szafranski, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1999.
- Gutt R.W.: *O zdrowych i chorych*. Wydawnictwo Literackie, Kraków 1977.
- Janowicz A., Krakowiak P., Paczkowska A., Sikora B. (red.): *Sztuka komunikacji z osobami u kresu życia. Poradnik dla profesjonalistów i opiekunów nieformalnych – rodzin i wolontariuszy*. Fundacja „Lubię pomagać”, Gdańsk 2013.
- Janowicz A., Krakowiak P., Sikora B.: *Zdrowa rozmowa. Sztuka komunikacji z osobami u kresu życia i ich opiekunami*. Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2014.
- Jarymowicz M.: *Poznać siebie – zrozumieć innych*. [w:] J. Koziński (red.): *Humanistyka przelotu wieków*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1999.
- Kapuściński R.: *Ten Inny. Wykłady wiedeńskie II*. Wydawnictwo Znak, Kraków 2006.
- Krakowiak P.: *Zdążyć z prawdą. O sztuce komunikacji w hospicjum*. Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2006.
- Kusio U.: *Dialog w komunikacji międzykulturowej. Ideały a rzeczywistość*. Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2011.

- Kusio U. (red.): *Polifonia, dialog i zderzenie kultur. Antologia tekstów z komunikacji międzykulturowej*. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2007.
- Lévinas E.: *Czas i to, co inne*. Tłum. J. Migasiński, Wydawnictwo KR, Warszawa 1999.
- Moreau A.: *Formation psychologique en médecine et groupe Balint*. Nauvelaerts, Beauvechain 1990.
- Murray Parkes C.: *Wnioski II: przywiązanie i strata w perspektywie międzykulturowej*. [w:] C. Murray Parkes, P. Laungani, B. Young (red.): *Przemijanie w kulturach. Obyczaje żałobne, pocieszenie i wsparcie*. Tłum. K. Ciekot-Roczon, Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2001.
- Mysłakowski Z.: *O kulturze współżycia. Rozważania i propozycje*. Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1967.
- Obuchowska I.: *Wstęp do wydania polskiego*. [w:] J. Prekop: *Wczuwanie się, czyli inteligencja serca*. Tłum. M. Świątek, Media Rodzina, Poznań 2003.
- Parandowski J.: *Pod zamkniętymi drzwiami czasu*. Spółdzielnia Wydawnicza „Czytelnik”, Warszawa 1975.
- Prekop J.: *Wczuwanie się, czyli inteligencja serca*. Tłum. M. Świątek, Media Rodzina, Poznań 2003.
- Reynolds S., Valentine D.: *Komunikacja międzykulturowa. Przewodnik*. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009.
- Schweitzer A.: *Życie*. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1974.
- Stewart J. (red.): *Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej*. Tłum. J. Suchecki et al., Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.

## Słowa kluczowe

Inny, Obcy, dialog, komunikacja, chorowanie, umieranie, edukacja międzykulturowa

## Streszczenie

Celem artykułu jest wprowadzenie czytelnika do refleksji o relacjach z chorymi, cierpiącymi i umierającymi, mającymi miejsce w placówkach medycznych i opiekuńczych oraz w rodzinach. Jego pierwsza część zawiera definicje kluczowych kategorii pojęciowych (Inny, Obcy) oraz propozycję ideologicznej podstawy refleksji o dialogu z Innymi i Obcymi opartą na założeniach filozofii E. Levinasa i M. Bubera. Autor następnie dokonuje próby określenia sfer Inności i Obcości związanych z cierpieniem, chorowaniem i umieraniem oraz przedstawia propozycję modelu dialogu w ramach tych sfer.