

Czasopismo Naukowe



Edukacja Etyczna

Od redakcji

Kolejny numer Edukacji Etycznej został poświęcony zagadnieniu dialogu i komunikacji, w tym komunikacji w medycynie. W numerze znalazły się teksty, z jednej strony, ukazujące dialog w perspektywie teoretycznej (artykuł Katarzyny Pelczarskiej *Różne aspekty dialogu* oraz dwa artykuły Jarosława Gary *(Dia)logiczne miary rzeczy i rzeczy na miarę (dia)logiki*, *Dialogiczny fenomen (roz)mowy*), z drugiej zaś, teksty mierzące się z zagadnieniem dialogu na gruncie medycznym (dwa teksty Agnieszki Dziekan na temat komunikacji w fizjoterapii *Komunikacja w pracy fizjoterapeuty*, *Wybrane metody komunikacji w fizjoterapii* oraz artykuł na temat komunikacji lekarza z pacjentem w stanach zagrożenia zdrowia i życia – tekst Jolanty Świerszcz, *Dialog lekarza z pacjentem o cierpieniu w warunkach współczesnych wyzwań kulturowych*). W numerze znalazł się również artykuł Marii Jagiełło *Edukacja w perspektywie życia na emigracji*.

W numerze publikujemy także omówienie książki Macieja Ulińskiego *Etyka troski i jej pogranicza* (Marta Szabat *Meandry etyki troski*) oraz trzy scenariusze zajęć z lekcji filozofii i etyki: *Mai Dados Wolna wola/determinizm*, *Odpowiedzialność* (oba scenariusze powstały w ramach projektu *Jestem z Wrocławia, więc myślę*) oraz scenariusz na temat etycznych dylematów związanych z pomaganiem ubogim o nieco prowokacyjnym tytule *Czy mamy moralny obowiązek pomocy ubogim?*, którego autorem jest Leszek Zembaty. Scenariusz lekcji został przygotowany w oparciu o fragmenty pracy Petera Singera *Życie, które możesz ocalić* (*The Life You Can Save: Acting Now to End World Poverty*) z 2009 roku.

Życzymy owocnej lektury

Zespół Redakcyjny Edukacji Etycznej

Foreword from the Editor

The following issue of *Edukacja Etyczna* [Ethical Education] is devoted to dialogue and communication, including communication in medicine. This issue contains texts which, on the one hand, show dialogue from a theoretical perspective (Katarzyna Pelczarska's article *Different aspects of dialogue* and two articles by Jarosław Gara: *(Dia)logical measures of things and things made to (dia)logical measure* and *The dialogical phenomenon of conversation and speech*, while on the other hand we have also published theoretical texts concerning dialogue in medicine (two texts by Agnieszka Dziekan: *Communication in the work of a physiotherapist*, and *Selected methods of communication in physiotherapy* and an article on communication between doctors and patients in situations of death and dying – a text by Jolanta Świerszcz, *Doctor-patient dialogue on suffering in the context of contemporary cultural challenges*). This issue also includes an article by Maria Jagiełło entitled *Education from the perspective of living abroad*.

We have also published a review of a book by Maciej Uliński entitled *Care ethics and its borders* (Marta Szabat *The intricacies of care ethics*) and three class scenarios from philosophical and ethical classes: two by Maja Dados, *Free will/determinism, Responsibility* (both of which were prepared within the project *I am from Wrocław, therefore I think (Jestem z Wrocławia, więc myślę)* and a class scenario on ethical issues related to helping the poor, under the somewhat provocative title of *Do we have a moral obligation to help the poor?*, written by Leszek Zembaty. This scenario was prepared based on Peter Singer's book *The Life You Can Save: Acting Now to End World Poverty*.

We wish you fruitful reading!

The Edukacja Etyczna Editorial Team

Spis treści:

<i>Od redakcji.</i>	s.1.
<i>Foreword from the Editor</i>	s.2.
<i>Spis treści</i>	s.3.
<i>Contents</i>	s.4.

Artykuły

Katarzyna Pelczarska, <i>Różne aspekty dialogu</i>	s.5-13.
Jarosław Gara, <i>Dialogiczny fenomen (roz)mowy</i>	s.14-25.
Jarosław Gara, <i>(Dia)logiczne miary rzeczy i rzeczy na miarę (dia)logiki</i>	s.26-39.
Agnieszka Dziekan, <i>Komunikacja w pracy fizjoterapeuty</i>	s.40-65.
Agnieszka Dziekan, <i>Wybrane metody komunikacji w fizjoterapii</i>	s.66-76.
Jolanta Świerszcz, <i>Dialog lekarza z pacjentem o cierpieniu w warunkach współczesnych wyzwań kulturowych</i>	s.77-90.
Maria Jagiełło, <i>Edukacja w perspektywie życia na emigracji</i>	s.91-97.

Recenzje

Marta Szabat, <i>Meandry etyki troski</i>	s.98-100.
---	-----------

Scenariusze zajęć

Maja Dados, <i>Wolna wola/determinizm</i>	s.101-106.
Maja Dados, <i>Odpowiedzialność</i>	s.107-110.
Leszek Zembaty, <i>Czy mamy moralny obowiązek pomocy ubogim?</i>	s.111-117.

Contents:

<i>Od redakcji.</i>	1.
<i>Foreword from the Editor</i>	2.
<i>Spis treści</i>	3.
<i>Contents</i>	4.

Articles

Katarzyna Pelczarska, <i>Different aspects of dialogue</i>	5-13.
Jarosław Gara, <i>The dialogical phenomenon of conversation and speech</i>	14-25.
Jarosław Gara, <i>(Dia)logical measures of things and things made to (dia)logical measure</i>	26-39.
Agnieszka Dziekan, <i>Communication in the work of a physiotherapist</i>	40-65.
Agnieszka Dziekan, <i>Selected methods of communication in physiotherapy</i>	66-76.
Jolanta Świerszcz, <i>Doctor-patient dialogue on suffering in the context of contemporary cultural challenges</i>	77-90.
Maria Jagiełło, <i>Education from the perspective of living abroad</i>	91-97.

Book Reviews

Marta Szabat, <i>The intricacies of care ethics</i>	98-100.
---	---------

Class scenarios

Maja Dados, <i>Free will/determinism</i>	101-106.
Maja Dados, <i>Responsibility</i>	107-110.
Leszek Zembaty, <i>Do we have a moral obligation to help the poor?</i>	111-117.

Katarzyna Pelczarska

Różne aspekty dialogu

ABSTRAKT

Artykuł jest wprowadzeniem do filozofii dialogu i komunikacji. W pierwszej jego części centrum rozważań stanowi myśl Martina Bubera, problematyka relacji „Ja” i „Ty” oraz zagadnienie odpowiedzialności. Wskazane zostają także warunki, jakie powinien spełniać rzeczywisty dialog. Nie każda forma ekspresji nim jest. Pewne odmiany komunikacji mogą przybierać pozory dialogu, w rzeczywistości nim nie będąc. Następnie wskazane zostają pedagogiczne momenty dialogu wraz z zasadą partnerstwa podmiotów umożliwiającą efektywne porozumiewanie się. W końcowej części artykułu dialog i komunikacja zostają ujęte w kontekście psychologii humanistycznej, psychiatrii oraz ekonomii społecznej, kapitału ludzkiego i tolerancji.

Czym w ogóle jest dialog? Czy – jak uważa Michał Głazewski – jesteśmy na niego skazani¹, bo: „nikt nie może się nie komunikować”², czy też jest możliwością spełnienia siebie w relacji z Innym, nawet jeśli gdzieś tam w tle niesie z sobą „ryzyko łoż”³?

Stając przed alternatywą: otworzyć się na Drugiego czy też zatrzaskać przed nim drzwi do swojego wewnętrznego świata, stajemy przed wyborem: zdecydować się na rozwój, na nieustanne przekraczanie samego siebie, pomimo świadomości, iż być może będzie to również wiązało się z doświadczeniem cierpienia⁴ czy też skazać się na pustkę, na szarą, jałową egzystencję, na wprawdzie bezpieczne, przewidywalne, ale też pozbawione swoistej głębi życie.

Problemami tymi, tj. jakością relacji człowieka z drugim człowiekiem⁵, zajmowali się w minionym stuleciu twórcy filozofii dialogu oraz myśli dialogicznej i egzystencjalno-personalistycznej. Do czołowych przedstawicieli tego nurtu należeli m.in.: Hermann Cohen, Franz Rosenzweig, Martin Buber, Emmanuel Lévinas, Joshua Herschel (żydowska filozofia

¹ M. Głazewski, *Sens dialogu jako medium komunikacji*, „Kultura i wychowanie” 2013, nr 5, s.18.

² Tamże. Za: P. Watzlawick, J. H. Beavin, D. D. Jackson, *Pragmatics of Human Communication*, New York 1967.

³ Zob. A. de Saint-Exupéry, *Mały Książę*, przeł. J. Szwykowski, MUZA, Warszawa 2008.

⁴ W *Filozofii dramatu* Tischner akcentuje to, iż jesteśmy wolni, a zarazem zwraca uwagę na to, iż ta wolność determinuje ludzki dramat, gdyż, mając niczym nieskrępowaną możliwość wyboru, człowiek może wybierać zło.

⁵ W filozofii dialogu drugi człowiek nosi różne imiona: Martin Buber określa go jako „Ty”, Emmanuel Lévinas mówi o „Innym”, a Józef Tischner o „Pytającym”.

dialogu), Ferdinand Ebner, Gabriel Marcel, Maurice Nédoncell, Józef Tischner i Karol Wojtyła (nurt katolicki) oraz Dietrich Bonhoeffer, Eberhard Grisebach, Friedrich Gogarten, Emil Brunner i Eugen Rosenstock-Huessy (nurt protestancki).

Wśród nich prekursorem był Martin Buber⁶, który sformułował podstawową zasadę dialogiczną mówiącą o wzajemnym odniesieniu Ja i Ty. Według niego to właśnie relacyjność charakteryzuje specyfikę istnienia ludzi wśród rzeczy i osób. Dopiero wchodząc z kimś w relację o charakterze „Ja-Ty” człowiek staje się w pełni sobą. Zdaniem Bubera, „być” oznacza być w interakcji z kimś. Poprzez takie spotkanie człowiek bardziej „staje się” sobą⁷, odkrywa siebie, a zarazem Drugi przestaje być dla niego bliżej niesprecyzowanym „nim” lub „nią”, stając się współodczuwającym, współzależnym Ty. W takiej relacji wytwarza się przestrzeń łącząca oba podmioty, którą Buber określa słowem „między”. To miejsce, w którym podmiot „staje się” w relacji do „Ty”. Dzięki temu jednocześnie ociera się o Absolut, otwiera na transcendencję. Jak pisał w książce *Problem człowieka*: „Życie ludzkie dotyka tego, co absolutne poprzez swój charakter dialogiczny”⁸.

Jednocześnie autor *Ja i Ty* trafnie dostrzegł, że otwarcie na drugiego człowieka wymaga innego otwarcia niż otwarcie intencjonalne na przedmiot, na „To”. Drugi, stając wobec mnie, staje się zarazem wyzwaniem dla mnie, w następstwie czego rodzi we mnie poczucie zobowiązania. Zdaniem Bubera człowiek nigdy nie wypowie w pełni całej swojej istoty w odniesieniu do rzeczy. Może być z nimi co najwyżej w relacji „Ja-To”, która nie ma ontologicznego charakteru⁹.

Jednak nawet w odniesieniu do Drugiego grozi człowiekowi, iż zajmie postawę monologiczną, egocentryczną, traktując otaczający go świat i ludzi dookoła niego: „jako przedmiot doświadczenia i użytkowania”¹⁰. Ograniczy się wówczas do prowadzenia dialogu technicznego przypominającego rozmowy o pogodzie lub też do monologu przebranego za dialog, w efekcie którego: „nie wypowiada się myśli tak, jak zostały one wcześniej pomyślane, lecz nadaje się im w słowach ostrość, by mogły najdotkliwiej porazić, nie traktując przy tym człowieka, do którego się mówi, jak osoby. Rozmowa, której nie określa ani potrzeba zakomunikowania czegoś czy dowiedzenia się czegoś, ani potrzeba wywarcia na

⁶ Ze względu na rozmiary tego artykułu skupię się tu na omówieniu czterech jego przedstawicieli, tj. Martina Bubera, Emmanuela Lévinasa, Józefa Tischnera i Karola Wojtyły.

⁷ Buber wprost mówi o tym, że relacja Ja-Ty ma osobotwórczy charakter.

⁸ M. Buber, *Problem człowieka*, przeł. J. Doktor, PWN, Warszawa 1993, s. 80.

⁹ M. Buber, *Ja i Ty. Wybór pism filozoficznych*, przeł. J. Doktor, IW PAX, Warszawa 1992.

¹⁰ Tamże, s. 31.

kogoś wpływu lub nawiązania kontaktu, lecz wyłącznie pragnienie potwierdzenia własnego samopoczucia – lub wzmocnienia go, jeśli zostało zachwiane – poprzez odczytanie wywołanego przez siebie wrażenia. Przyjacielska pogawędka, podczas której każdy przypisuje swoim słowom wartość absolutną i prawomocną, słowom drugiego zaś, wartość względną i problematyczną¹¹. Tym dwóm wymienionym wcześniej formom komunikacji, tj. dialogowi technicznemu i monologicznemu, przeciwstawia Buber prawdziwy dialog, tj. taki, w którym każdy z uczestników interakcji zwraca się w stronę Drugiego z zamiarem zbudowania prawdziwej wzajemności.

Zastanawiając się nad stosunkiem „Ja” do „Ty”, Buber usiłuje znaleźć złoty środek między potrzebą wspólnotowości i odrębności. Człowiek XX wieku, który doświadczył piętna dwóch totalitaryzmów, w tym jednego próbującego zatrzeć wszelkie różnice między tym, co jednostkowe, oryginalne, a następnie otarł się o skrajność radykalnego indywidualizmu, potrzebuje dziś czegoś pośredniego, czegoś, co umożliwi mu spotkanie z Drugim, a zarazem sprawi, iż w relacji z nim nie utraci swojej odrębności, nie zleje się w jedną amorficzną całość.

Dlatego ideałem relacji jest dla Bubera wspólnota, która nie stanowi jakiegoś bezosobowego „My”, w którym zaciera się odrębność „Ja” i „Ty”. Jego zdaniem człowiek nie może odkryć siebie w pełni jako indywidualium lub fragmentu większej całości, lecz jedynie w relacji do jakiegoś „Ty”. Takie spotkanie rozgrywa się zawsze w teraźniejszości i wiąże się z bezpośrednią obecnością Ja wobec Ty. Wszystko, co się wówczas wydarza, dzieje się „między” (niem. *Zwischen*) nimi. Jednocześnie „Ja” staje się odpowiedzialne za „Ty”. Na kwestię tę zwrócą też później uwagę Emmanuel Lévinas, Józef Tischner, Karol Wojtyła.

Spotkanie z Innym w przestrzeni dialogu to nie tylko zdarzenie, ale również zderzenie sprawiające, że nagle zaczynamy inaczej postrzegać świat wokół nas. To wydarzenie, które wytrąca nas z naszych utartych schematów i pozostawia trwały ślad w naszym „Ja”, w tym, co na co dzień określa nas jako podmiot, jako osobę. Inny może nas irytować lub fascynować. Nigdy jednak nie zostawia nas obojętnym wobec siebie. W „filozofii twarzy” Emmanuel Lévinas opisuje moment spotkania z Drugim. Efektem tego ostatniego jest uznanie go lub odrzucenie. Dialog jest zatem wydarzeniem, w które wpisana jest pewna dramaturgia spotkania z Kimś Innym, nieprzewidywalnym.

¹¹ Tamże, s. 226-227.

W tym miejscu należałoby postawić pytanie: czy jeżeli to starcie dwóch niezależnych od siebie, a zarazem równorzędnych sobie co do wartości i godności podmiotów niesie ze sobą tak duże ryzyko, to jakie są warunki udanej komunikacji? Czy warto ją podejmować? Czy w ogóle istnieje możliwość zakomunikowania sobie innym, czy też jesteśmy tylko skazani na podejmowanie nieudolnych prób przekazania im naszego wewnętrznego mikrokosmosu, w którym przecież i tak nie mogą w pełni partycypować? Wszak nie jest możliwe, by ktoś rozumiał, co naprawdę myśli inny człowiek. Drugi może jedynie zestawić nasze doświadczenie życiowe ze swoim, przepuszczając je przez własny filtr, a tym samym w jakimś stopniu zniekształcając. Może przybliżyć się do prawdy, ale nie jest w stanie w pełni jej zrozumieć. Co zatem powinniśmy uczynić, by choć nieznacznie zbliżyć się do niej?

Jednym z kluczowych warunków udanej komunikacji jest założenie intencji dobra i prawdy, zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i zbiorowym oraz uznanie równorzędności dialogicznej partnera dialogu, tzn. założenie, że wszyscy uczestnicy dialogu mają równe prawa i obowiązki oraz że każda z osób stanowi swoisty mikrokosmos, tj. jest Kimś Innym ode mnie, kogo wewnętrzny świat różni się diametralnie od mojego, kimś, kto inaczej myśli, czuje, postrzega rzeczywistość. Pojawia się wówczas ryzyko, że, bojąc się inności, spróbujemy zniszczyć w Drugim to, co unikatowe, niepowtarzalne, mimo iż w pierwszym odruchu to właśnie ta oryginalność, ta swoista nieprzystawalność jego świata do naszego, była tym, co sprawiło, że zainteresowaliśmy się jego osobą.

Autentyczna komunikacja wymaga zarówno otwarcia się na dialog z innymi, jak i z samym sobą. Jej warunkiem jest odwaga wyjścia poza utarte schematy, dobrze znane sposoby widzenia świata i swojego miejsca w nim, odsłonięcia siebie, odrzucenia masek, surogatów, pewnego obnażenia przed Drugim. Dlatego też akt ten rodzi w nas lęk i sprawia, że obawiamy się ukazać innym nasze „wewnętrzne dziecko”, tj. to, co w nas prawdziwe, wartościowe, ale też kruche i podatne na zranienie.

W *Filozofii dramatu*¹² Józef Tischner zwrócił uwagę na dramatyczny charakter relacji dialogicznych, które ze swej natury są nieprzewidywalne. Mogą prowadzić do pogłębienia relacji lub też jej rozpadu, gdy każdy z uczestników spotkania będzie bronił tego, co uznał za ważne dla siebie. Dlatego możemy powiedzieć, że dialog wymaga od nas pewnego „samofiarowania” siebie Innemu, a zarazem przyjęcia, akceptacji Innego. Tym samym stawia nam wymagania dotyczące sposobu prowadzenia rozmowy, bycia w relacji.

¹² Zob. J. Tischner, *Filozofia dramatu*, Znak, Kraków 2006.

W prawdziwej interakcji komunikacyjnej równie ważne jak to, co się mówi, jest sytuacja dialogowa, tj. sposób, w jaki się mówi, język, za pomocą którego zwracamy się do naszego interlokutora, jego bogactwo stylistyczne, a także nasza „mowa ciała”, kontakt fizyczny oraz cała przestrzeń znaków proksemicznych¹³ związanych z przestrzenią, w której toczy się dialog. Często to właśnie one przesądzają o jakości naszej komunikacji. Na ich podstawie nasz rozmówca może dojść do wniosku, że jest dla nas ważny, że poświęcamy mu swój czas i uwagę, starając się jak najlepiej zrozumieć to, co chce nam przekazać bądź też odwrotnie – że nie angażujemy się w pełni w sytuację dialogiczną, słuchając go jakby mimochodem, nie wkładając wysiłku w to, by odkryć, co zamierzał nam powiedzieć.

W tym miejscu można jednak zapytać: skoro odnosimy z dialogu tyle korzyści, to dlaczego na co dzień obawiamy się go? Dlaczego łatwiej przychodzi nam krzyczeć, odgrażać się innym, głośno domagać się swoich praw w życiu prywatnym i społecznym lub też, stojąc naprzeciw siebie, prowadzić nic nieznaczące osobne monologi? Być może ma to związek z tym, że tak naprawdę boimy się intymności, zaangażowania, tego, że dialog ze swej natury jest nieustanną prośbą adresowaną do Drugiego ujawniającą nasze potrzeby i nadzieję na to, że ten Inny może je zaspokoić. Dramatyzm związany ze spotkaniem czasem zniechęca nas do niego, gdyż wypacza relacje interpersonalne, budując je poza poziomem dialogicznym. Pokazuje też, że trwanie w relacji z Drugim jest bardzo trudne, gdyż moje słowo może zostać nieprzyjęte lub źle zrozumiane przez Innego, a nasze pragnienia, dążenia, oczekiwania mogą się rozminąć. Jak pisał Jan Kłoczowski: „drugi człowiek jest [...] nie tyle problemem, który mam rozstrzygnąć, ile tajemnicą odsłaniającą się w momencie spotkania, choć owo spotkanie nie dokonuje się nigdy w pełni”¹⁴. Zdaniem Bubera głęboki dialog nie jest doświadczeniem powszechnym i można nawiązać go tylko z jedną osobą.

Ideę twórczej wzajemności osób, w której: „ja, dzięki tobie, staję się sobą, i ty, dzięki mnie, stajesz się sobą”¹⁵ opisuje także w *Promieniowaniu ojcostwa* Karol Wojtyła. Jego główny bohater, wybierający początkowo postawę eskapizmu, starający się zabezpieczyć siebie, uciekający przed spotkaniem z Drugim z obawy przed tym, że być może kiedyś: „miłość zaboli. Zaboli jakimś niespełnieniem, jakimś brakiem własnego "ja" w umiłowanym drugim „ja””¹⁶, w ostatecznym rozrachunku podejmuje to wyzwanie, staje naprzeciw tajemnicy

¹³ Zob. Tadeusz Kowzan, *Znak w teatrze [w:] Problemy teorii dramatu i teatru*, red. J. Degler, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1988.

¹⁴ J. Kłoczowski, *Filozofia dialogu*, W Drodze, Poznań 2005, s. 23.

¹⁵ Zob. J. Tischner, *Myślenie w żywiole piękna*, Znak, Kraków 2013.

¹⁶ K. Wojtyła, *Promieniowanie ojcostwa*, Wydawnictwo TUM, Wrocław 2002, s. 237.

Innego. Poprzez wydarzenie spotkania ma szansę, w jeszcze większym stopniu, stać się sobą, odkryć w pełni swój potencjał. Wprawdzie człowiek jest „bytem-dla-siebie”, co nie jest jednak tożsamy z tym, że jest bytem samotnym, gdyż staje się sobą dzięki jakiemuś „Ty”, jakiejś innej osobie, „dzięki otwarciu dialogicznemu”¹⁷. To właśnie relacja Ja – Ty nadaje sens i wartość ludzkiemu życiu, nie pozwala zredukować go do Buberowskiego poziomu Ja – ono.

Człowiek jest myślącą istotą mówiącą, *homo loquens*. Za pomocą słów wyraża swoją obecność w świecie, dzięki czemu jest w stanie nie tylko komunikować się z innymi, lecz również – jako jedyny spośród wszystkich istot żywych – tworzyć kulturę symboliczną. Tym samym może też uczestniczyć w budowaniu cywilizacji. Jednocześnie żyjemy jednak w epoce, w której działanie stawiane jest wyżej od refleksji. Hannah Arendt słusznie określa to zjawisko *niemocą słowa*, a jego źródła upatruje w: „niemożności oddzielenia myślenia od działania, zlekceważeniu poznawczego stosunku do świata i nadwartościowaniu działania jako ingerencji w zastany stan rzeczy”¹⁸.

Człowiek skupiony bardziej na tym by „mieć” niż „być” stopniowo traci kontakt ze sobą samym i z Drugim, zapełniając jednocześnie swój świat różnego rodzaju przedmiotami mającymi pomóc mu wypełnić pustkę w jego życiu i odsunąć od niego, choć na chwilę, moment bolesnej samoświadomości, w którym mógłby odkryć, że nie żyje prawdziwie, że nie realizuje swoich pragnień, lecz te, które narzucili mu inni, a które – niejako automatycznie – uznał za własne. Upatrując sensu swojej egzystencji w pracy i konsumpcji, w chwili gdy traci oparcie w którymś z tych pewników, przeżywa gwałtowne załamanie, kwestionuje cel i sens swojego istnienia jako podmiotu w świecie innych bytów, gdyż sądzi, iż o jego wartości jako jednostki przesądzą dobra, które produkuje lub nabywa. Nieprzypadkowo depresja jest dziś jedną z najczęstszych chorób na świecie.

Także wychowanie realizuje się poprzez dialog. Jest procesem polegającym nie tyle na arbitralnym narzuceniu jednostce swoich racji przez kogoś, kto sądzi, że z racji wieku, pozycji, zajmowanego stanowiska posiada monopol na prawdę, lecz dyskursem z wychowankiem, który w ostatecznym rozrachunku sam podejmuje decyzję, czy na fundamencie proponowanych mu wartości zbuduje swoją przyszłość, biorąc jednocześnie odpowiedzialność za dokonany przez siebie wybór.

¹⁷ J. Tischner, *Filozofia dramatu*, dz. cyt., s. 7.

¹⁸ T. Hejnicka-Bezwińska, *Edukacja, kształcenie, pedagogika (Fenomen pewnego stereotypu)*, Impuls, Kraków 1995, s. 56.

Tą drogą szedł m.in. Janusz Korczak, zwracający się z szacunkiem do swoich wychowanków, nadający im rangę równorzędnego partnera w dyskusji, towarzyszący im w rozwoju, w odkrywaniu przez nich swojej tożsamości, w zmaganiach z samym sobą i ze światem, świadomy tego, iż każde dziecko – by mogło harmonijnie się rozwijać – potrzebuje szacunku ze strony dorosłych, a zarazem czujący się odpowiedzialnym za nich aż po gotowość oddania życia za Innego¹⁹.

Prowadzona w ten sposób edukacja ma w sobie coś z rozmowy ze światem, której bliskie pozostaje dziecięce zadziwienie Innym, fascynacja związana z procesem poznawania i bycia poznawanym, oddziaływanie na wychowanka siłą swej osoby²⁰ wolne zarazem od dążenia do zawłaszczenia Drugiego, od brutalnego, inwazyjnego przekraczania jego granic. Jak dowiodły badania i pokazała historia ostatnich dwóch wojen światowych, relacje oparte na dominacji i manipulacji skutkują wprawdzie krótkotrwałym posłuszeństwem opartym na strachu, lecz zarazem hamują rozwój jednostki, a rozmiary wywołanych przez nią zniszczeń mogą być niewyobrażalne²¹. Natomiast interakcje bazujące na równości partnerów dają obu podmiotom dialogu możliwość swobodnej wymiany myśli i uczuć, motywują do wspólnych poszukiwań oraz uczą współpracy i stymulują rozwój osobowości człowieka²². Ten też kierunek rozwoju, nawiązujący pośrednio do filozofii dialogu, proponują obecnie niektóre nurty psychologiczne wywodzące się głównie z kręgu psychologii humanistycznej²³, nastawione nie tyle na manipulację, na łamanie woli pacjenta poprzez funkcjonującego poza dobrem i złem terapeutę²⁴, co na dialogu równorzędnych podmiotów, gdzie dochodzi do spotkania o charakterze *Ja – Ty*, a terapeuta czy też wychowawca nie stawia się wyżej nad osobę, z którą prowadzi rozmowę, gdyż dialog – niezależnie od tego, czy toczy się w sferze publicznej czy prywatnej – zakłada, że jego uczestnicy traktują się jako równych sobie partnerów, a wypowiedzi swoich interlokutorów jako posiadające roszczenie do prawdy, słuszności lub szczerości. Zdaniem Carla Rogersa, XX-wiecznego psychologa humanistycznego, efektywność pracy terapeuty nie zależy od jego wiedzy akademickiej, ale od umiejętności wytworzenia przyjaznej, empatycznej atmosfery w spotkaniu z klientem. Dzięki temu pozwala on sobie na autentyczne zachowania, jest spokojny, stopniowo odnajduje i akceptuje

¹⁹ Takie podejście do odpowiedzialności etycznej za drugiego łączy Korczaka z Lévinasem i Kępińskim.

²⁰ Tak rozumie Buber wychowanie. W tym względzie jest bliski ideowo Korczakowi.

²¹ A. Miller, *Zniewolone dzieciństwo. Ukryte źródła tyranii*, Media Rodzina, Poznań 1999. Autorka pracy stawia tezę, iż jedną z przyczyn rozwoju nazizmu była czarna pedagogika stosowana na przełomie XIX i XX w. w Niemczech.

²² S. Garczyński, *Współżycie łatwe i trudne*, Iskry, Warszawa 1978.

²³ Zob. np. teorie humanistyczne psychologa Carla Rogersa.

²⁴ Do tego typu nadużyć dochodziło często w przypadku osób pracujących na metodzie psychodynamicznej..

siebie, w efekcie czego zanika u niego lęk i dogmatyczność w postrzeganiu świata, a zarazem stopniowo uczy się budować relacje z innymi oparte na zaufaniu i szczerości. Także Antoni Kępiński zwracał uwagę na to, iż psychiatra tylko wtedy wywiera rzeczywisty wpływ na pacjenta, gdy nie próbuje złamać jego woli, narzucić mu swojego zdania, czyli potrafi się z nim komunikować na poziomie podmiot – podmiot, nie starając się podporządkować go sobie²⁵.

Nie przypadkiem też chyba obecnie tak dużą popularnością cieszą się różnego rodzaju szkolenia z komunikacji organizowane przez wielkie korporacje świadome tego, iż jedynie ludzie potrafiący skutecznie się porozumiewać, tj. używający komunikatów „Ja”, mówiący szczerze o swoich pragnieniach i obawach, a zarazem nie bojący się sugerować nowych rozwiązań, mogą efektywnie wykonywać swoją pracę. Dlatego tak wysoko ceni się dziś umiejętność kooperacji. Brak zrozumienia potrzeb drugiego człowieka prowadzi do konfliktów, wojen, a tym samym generuje straty zarówno w skali mikro, jak i makro, na co coraz częściej zwracają uwagę ekonomiści zajmujący się ekonomią społeczną i kapitałem ludzkim. Powoli świadomość tej współzależności między dobrą atmosferą w pracy a jej jakością przebija się też do świadomości przeciętnego polskiego pracodawcy, który jeszcze dekadę temu, starając się zmotywować pracowników do wydajniejszej pracy, próbował ich antagonizować, nakłonić do rywalizacji.

Dialog ma też szerszy kontekst, gdyż – zwłaszcza dziś w dobie globalizacji, integracji oraz migracji ludności – przekracza nie tylko granice między Ja i Ty, lecz również między poszczególnymi państwami. Także tu spotykamy Innego, którego odmienność może nas fascynować lub rodzić w nas potrzebę ujednolicenia, zatarcia różnic. Czasami obawiamy się dialogu międzykulturowego, ponieważ błędnie zakładamy, iż podejmując go, będziemy musieli zrezygnować z własnych przekonań lub też wyzbyć się własnej tożsamości, tworząc jedną zunifikowaną kulturę globalną. Tymczasem może on stanowić dla nas cenne źródło wiedzy o wartościach innych kultur, a zarazem poprzez propagowanie postaw dialogu i tolerancji przyczynić się do poszerzenia własnej tożsamości jednostkowej i społecznej oraz do lepszego poznania siebie i swojej tradycji kulturowej. Inny, którego codziennie napotykamy gdzieś przypadkiem w metrze i o którego – w pewnym sensie – potykamy się, nie chcąc przyznać mu miejsca obok nas, „zda się mówić do spieszącego w rozpędzie tłumu człowieka. Zatrzymaj się. Oto obok ciebie jest inny człowiek. Spotkaj się z nim. Spotkanie takie jest

²⁵ A. Kępiński, *Rytm życia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2001.

największym przeżyciem. Najważniejszym doświadczeniem. Spójrz na twarz tego innego, którą on ci oferuje. Poprzez tę twarz przekazuje ci siebie”²⁶.

²⁶ R. Kapuściński, *Ten Inny*, Znak, Kraków 2007, s. 28.

Jarosław Gara

Dialogiczny fenomen (roz)mowy¹

ABSTRAKT

Praca, nawiązując do dialogicznej myśli, dotyczy filozoficznej kategorii mowy oraz wynikających z niej implikacji pedagogicznych. Mowa jawi się tu jako otwarcie ludzkiej egzystencji na to, co zewnętrzne, a sam człowiek jako *res loquens* (słuchacz i mówiący), a nie *res cogitans* (samotny myśliciel). W tym znaczeniu świat ludzkiego słowa to świat, w którego łonie uwidacznia się egzystencjalny dramat określany rzeczywistością słuchającego i mówiącego. Doświadczenie ludzkiej mowy zawsze oznacza bowiem konieczność podmiotowego wchodzenia w rolę pytającego i odpowiadającego; wypowiedzania swojego „tak” lub „nie”. Mowa jest też czymś, co otacza i przenika ludzką egzystencję, ponieważ to nie mowa tkwi w człowieku, lecz człowiek w mowie. Z tego też względu antropologiczną formułę *res loquens* należy uznać za podstawową kategorię pedagogiczną. Oddziaływania pedagogiczne w swych najgłębszych sensach przede wszystkim odsyłają nas bowiem do dialogicznego fenomenu mowy - zagadywania innych i odpowiadania innym.

Mój byt urzeczywistnia się wtedy, gdy istnieje dla innych ludzi w (roz)mowie, jest tym, co objawia się innym, ale objawia się uczestnicząc w tym objawieniu, asystując mu. Jestem naprawdę i w prawdzie, kiedy, istniejąc w historii, poddaję się osądowi, ale tak, że dokonuje się on w mojej obecności – to znaczy pozwala mi mówić².

Mowa w codziennym życiu człowieka może pełnić różne funkcje, od najbardziej pragmatycznych (np. funkcja komunikatywna) aż do tych najbardziej wysublimowanych (np. funkcja artystyczna). Pośród tych funkcji jest jednak i taka, którą można uznać za najbardziej pierwotną i fundamentalną – dialogiczna funkcja mowy.

Odwołując się do dwóch głównych ujęć filozofii dialogu reprezentowanych przez współczesnych sobie filozofów, Franza Rosenzweiga i Martina Bubera, wyodrębnić można kilka zasadniczych wątków, przez pryzmat których przybliżone zostanie zagadnienie dialogicznego fenomenu mowy. Wyodrębnienie tych wątków problemowych umożliwi wyeksponowanie poszczególnych aspektów i sensów wpisanych w dialogiczną kategorię

¹ Pierwotna wersja publikacji: J. Gara, *Dialogiczny fenomen (roz)mowy*, [w:] *Pedagogika dialogu. Dialog warunkiem rozwoju osobowego i społecznego*, red. D. Jankowska, E. Dąbrowa, APS, Warszawa 2008, s. 69-79.

² E. Lévinas, *Całość i nieskończoność. Esej o zewnętrzności*, przeł. M. Kowalska, PWN, Warszawa 2002, s. 305.

mowy, dając tym samym podstawę do wydobycia implikacji pedagogicznych oraz sformułowania wniosków z tego wynikających.

Czasowość i formy czasownikowe mowy

Tam, gdzie czas zyskuje swą ważność, tym, co staje się nośnikiem wyrażającym go są formy czasownikowe słów, ponieważ gramatyczne formy mowy umożliwiają człowiekowi „opowiedzenie samego dramatu rzeczywistości”³. Osobowe formy czasownikowe zawsze wyrażają jakiś czas, nie są możliwe poza czasem; zawsze są przeszłe, teraźniejsze lub przyszłe. Czasownik wyraża czynność, a dana czynność ma swój konkretny czas, w którym ważna jest kolejność zdarzeń⁴. To, co jest czynione i to, co jest wypowiedane nie może być bezczasowe, ponieważ egzystencji człowieka nie można oddzielić od jego czasowości. Nie można jej też poznać inaczej, jak tylko w rzeczywistym czasie nadchodzącej i odchodzącej chwili⁵, w niej wydarza się bowiem to, co ludzkie.

Mowa dokonuje tu otwarcia ludzkiej egzystencji na zewnątrz. W tym dialogicznym otwarciu człowiek nie poznaje już „myślącym myśleniem” samotnego myśliciela (*cogito ergo sum*), lecz „myśleniem z wnętrza mowy”, które można określić również mianem „myślenia za językiem”⁶. To myślenie nie może obejść się bez mowy, w niej bowiem ufundowany jest „absolutny empiryzm” filozofii doświadczającej: „człowiek dokonuje wyboru swego stosunku do Innego, do świata, a w końcu także do siebie samego. Od tego doświadczenia i tego wyboru zależy nie tylko to, co mówi i jak mówi, ale to, że mówi”⁷. Człowiek jako *res loquens* (słuchacz i mówiący) a nie *res cogitans* (samotny myśliciel), musi zwrócić się ku drugiemu człowiekowi jako temu, o kim nie można mieć wiedzy *a priori*, ponieważ ów „drugi nie jest wymienialnym egzemplarzem”⁸.

Uczestnictwo jako źródło doświadczenia podmiotu mowy

Relacjonowanie wydarzeń, których było się świadkiem lub których się doświadczyło, zawsze nacechowane jest subiektywizmem. Subiektywizm ten wpisany jest immanentnie w samą czynność relacjonowania czegoś z perspektywy kogoś konkretnego; kogoś kto opiera się na własnym doświadczeniu, nabytym w toku uczestnictwa w otaczającym świecie. Osobiste

³ A. Żak, „Myślenie mowy” jako nowy racjonalizm w ujęciu Franza Rosenzweiga, [w:] *Rozum i Słowo. Eseje dialogiczne*, red. B. Baran, T. Gadacz, J. Tischner, PAT, Kraków 1988, s. 80.

⁴ F. Rosenzweig, *Nowe myślenie. Kilka uwag ex post do Gwiazdy Zbawienia*, w: tenże, *Gwiazda Zbawienia*, przeł. T. Gadacz, Wyd. Znak, Kraków 1998, s. 672.

⁵ Tamże, s. 673.

⁶ A. Żak, *Punkt wyjścia filozofii Franza Rosenzweiga*, [w:] *Zawierzyć człowiekowi. Księdzu Józefowi Tischnerowi na sześćdziesiąte urodziny*, Znak, Kraków 1991, s. 473.

⁷ J. Tischner, *Spór w królestwie metafor*, [w:] *Rozum i słowo...*, dz. cyt., s. 64.

⁸ A. Żak, *Punkt wyjścia...*, dz. cyt., s. 473.

doświadczenie człowieka jako jednostki jest tu wezwaniem do uczestnictwa i zarazem uczestnictwem w „dramacie rzeczywistości”. Rozbrzmiewające wezwanie w sposób nieunikniony doprowadza bowiem do konieczności konfrontacji pomiędzy wyborem odpowiedzi lub jej zaniechaniem. Dokonując wyboru odpowiedzi człowiek decyduje się tym samym, by wyjść na spotkanie Innego z pozycji tego, który w sposób uprzedni został wezwany.

Świat słowa to świat w swych podstawach uwidaczniający egzystencjalny dramat, to świat, w którym musi dokonać się wybór, musi zostać wypowiedziane „tak” lub „nie”. W odróżnieniu od świata myśli, świat mowy nie może być niemym widmem, nie może być „monologiczną konstrukcją z klocków pojęć”⁹. Dlatego też światowi mowy obcy jest niemy bohater antycznej tragedii, obce są też bezgłośne dialogi prowadzone przez duszę z sobą samą. Tu musi pojawić się słuchacz i mówca, wybrany i wybierający, zagadnięty i odpowiadający. Świat słowa znosi „hipertroficzny paraliż rozumu”¹⁰, który w swej permanentnej nieufności do mowy¹¹ i jej deprecjacji uczynił człowieka „sługą apriorycznie przykrojonej historii”¹², więźniem wydedukowanego konstruktów świata pojęć, zasklepiającego się w szczelnej i twardej skorupie logiki myślenia systemowego.

Logiczne i gramatyczne formy ujmowania rzeczywistości

Istotą myślenia logicznego (milczącego) jest to, że nie potrzebuje nikogo poza sobą, natomiast myślenie gramatyczne (mówiące)¹³ niemożliwe jest bez kogoś drugiego. Mowa zawsze bowiem jest zwróceniem się w kierunku innego człowieka, „oznacza mowę do kogoś i myślenie dla kogoś. A ten ktoś jest zawsze kimś w pełni określonym, kto ma nie tylko uszy, jak ogół, ale także usta”¹⁴. Logiczne i gramatyczne formy ujmowania rzeczywistości prowadzą nas do przeciwstawienia sobie procedury racjonalnego myślenia i metody mowy – myślenia i mowy, a co za tym idzie dwóch porządków poznania: greckiego i hebrajskiego.

Myślenie rości sobie pretensję do ponadczasowej aprioryczności. Stąd myśliciel myśleniem swym ogarnia wszystko, wyprzedza czas, zna ostateczne rozstrzygnięcia, pomimo, że czas ich jeszcze nie wyłonił. Myśliciel już wie, nim cokolwiek zostanie wypowiedziane. Mowa nie jest mu zatem właściwie potrzebna, a posługiwanie się nią jest wyrazem swoistej niedoskonałości, braku lepszego środka komunikowania ponadczasowych idei. Mowa jako taka nie ma wiedzy końca, bo jest uzależniona od chwili, w której się wydarza. Dopóki ostatnia chwila rozmowy

⁹ A. Żak, „Myślenie mowy”..., dz. cyt., s. 74.

¹⁰ Tamże, s. 75.

¹¹ F. Rosenzweig, *Gwiazda Zbawienia*, dz. cyt., s. 246, 252.

¹² A. Żak, „Myślenie mowy”..., dz. cyt., s. 78.

¹³ F. Rosenzweig, *Nowe myślenie...*, dz. cyt., s. 676.

¹⁴ Tamże, s. 676.

nie nastanie, nie można zatem wiedzieć, co ktoś inny mi powie i co ja sam mu odpowiem. Ów czas jest więc „glebą karmicielką” mowy, w nim jest ona zwrócona do innych i żyje życiem innych; życiem: słuchacza, współrozmówcy, kompana¹⁵.

Mowa jest naturalnym podłożem, z którego wyrasta rzeczywisty świat w przeciwieństwie do myślenia, które leży u podstaw konstytucji świata ujmowanego przez pryzmat idealizmu¹⁶. Mowa jest rzeczywista, ponieważ ustrukturyzowana jest gramatycznie¹⁷, a gramatyka jest konstrukcją żywej mowy¹⁸. Usta mowy bezustannie zdradzają słowa w ich terażniejszej chwili wypowiedzenia¹⁹, przeciwstawiając się zarazem monologicznemu krążeniu myśli wokół własnej osi²⁰.

Metafora wezwania i „myślenie z wnętrza mowy”

Grecki styl myślenia (porządek poznania) odzwierciedla metafora światła. Poznać to podnieść coś do jasności myślenia, objąć, rozświetlić światłem rozumu. Hebrajski styl myślenia wyraża metafora wezwania. Słowo wezwania poprzedza tu poznanie. Wpierw trzeba podążyć za wezwaniem, później zaś pojawia się rozświetlające poznanie jako efekt wtórny przyjęcia perspektywy posłuszeństwa wezwaniu²¹. Metaforom porządku poznania odpowiadają też metafory prawdy jako światła i jako słowa²². Judejska metafora prawdy ukazuje światło rozumu przez pryzmat słowa, ponieważ to słowo oświeca umysł prawdziwym zrozumieniem. Tak więc „Ateny” i „Jerozolima” to dwie diametralnie różniące się od siebie mentalności, w samych podstawach przyjmujące radykalnie odmienne założenia.

Grecka metafizyka swoim punktem wyjścia czyni nieuporządkowaną wielość jako chaos i zmierza do uporządkowanej jedności, myśl hebrajska natomiast za punkt wyjścia przyjmuje jedność i dąży do wielości, zwielokrotnienia i rozwoju opartym na pierwotnej jedności²³. „Myślące myślenie” wyrastające ze spuścizny Wysp Jońskich jest zatem jak Odys - wychodzi od siebie i do siebie powraca, zataczając koło. „Myślenie z wnętrza mowy” (*Sprachdenken*)²⁴ jest jak Abraham - podąża za słowem, jej oczom wyłania się stopniowo droga, która nigdy nie wiedzie do tego samego miejsca, podąża, jak po linii prostej, od punktu do punktu. „Myślące

¹⁵ Tamże, s. 675 – 676.

¹⁶ F. Rosenzweig, *Gwiazda Zbawienia*, dz. cyt., s. 246.

¹⁷ Tamże, s. 201.

¹⁸ Tamże, s. 244.

¹⁹ Tamże, s. 203.

²⁰ A. Żak, *Punkt wyjścia...* dz. cyt., s. 468.

²¹ J. Tischner, *Spór w królestwie metafor*, dz. cyt., s. 67.

²² Zob. T. Gadacz, *Prawda w „nowym myśleniu” Franza Rosenzweiga*, [w:] *Rozum i słowo...*, dz. cyt., s. 86.

²³ M. Bardel, *Mocna jak śmierć. Zagadnienie miłości w antropologii filozoficznej Franza Rosenzweiga*, Universitas, Kraków 2001, s. 79.

²⁴ T. Gadacz, *Wolność a odpowiedzialność. Rosenzweiga i Levinasa krytyka Hegłowskiej wolności ducha*, Kraków 1990, s. 147; F. Rosenzweig, *Gwiazda Zbawienia*, dz. cyt., s. 39, 309.

myślenie” nie potrzebuje nikogo oprócz siebie, aby się aktualizować, zaś „myślenie z wnętrza mowy” („mówiące myślenie”²⁵) potrzebuje kogoś Drugiego do swej aktualizacji. Mowa w pierwszej osobie – będąc mową skierowywanego zapytania i udzielanej odpowiedzi możliwa jest więc tylko w rzeczywistym doświadczeniu dialogowej konfrontacji, dokonującej się poza murami abstrakcyjnej spekulacji myślącego w samotności myśliciela²⁶.

Mowa jako „wypowiedzenie siebie” i odpowiedź

Mowa nie jest zwykłą umiejętnością lingwistyczną – fonetyczną artykulacją dźwięku czy konwencjonalnym środkiem międzyludzkiej komunikacji²⁷, ale wypowiedaniem siebie samego w odpowiedzi na zagadnięcie przychodzące z zewnątrz. Mówić nie oznacza debatować, lecz przede wszystkim wznosić mosty i połączenia²⁸. Język w swej pragmatycznej funkcji bycia narzędziem przekazywania informacji nie może zatem określać istoty mowy. „Język odpowiedzi” nie jest tożsamy z umiejętnością posługiwania się mową jako językiem wyuczonym, ponieważ człowiek „dlatego umie posługiwać się językiem, że on sam lub ktoś inny musiał i musi odpowiadać. Mus sytuacji dialogicznej jest pierwotny w odniesieniu do umiejętności. Przesłanką zarówno musu, jak i umiejętności mówienia jest nieredukowalna do niczego egzystencja słuchacza i odpowiadającego”²⁹. Mowa jest tym konkretem egzystencjalnego doświadczenia, które wytycza przestrzeń pomiędzy Ja i Ty, wydarzając się między tym, który pyta i tym, który odpowiada, pomiędzy słuchaczem i mówcą. Dlatego też mowa potrzebuje kogoś drugiego, potrzebuje Innego.

Mowa zawsze jest wspólna, jest „dobrem dzieci ludzkich” i jako taka jest wianem Stwórcy złożonym w ręce ludzi. Mowa jest pieczęcią człowieczeństwa w człowieku³⁰, jest tym, czego nie może zabraknąć człowiekowi, tak by „nie przestał być człowiekiem”³¹. Człowiek konstituuje się bowiem w otwartości na drugiego człowieka, a wyrazem tej otwartości jest właśnie mowa. Żywa mowa czyni go widocznym i słyszalnym. Człowiek mówiący nie jest już ukryty w swej Sobości, jak „skamieniały marmurowy posąg”, lecz jest prawdziwym, rzeczywistym człowiekiem, który ma swoje Naprzeciw³². Mowa w swej pierwotnej funkcji przede wszystkim jest bowiem odpowiedzią daną komuś. Doświadczenie ludzkiej mowy zawsze skłania do tego, by pytać, odpowiadać, prosić, wołać, podnosić krzyk, wznosić śpiew

²⁵ Zob. B. Baran, *Przedmowa*, [w:] *Filozofia dialogu*, red. B. Baran, Wyd. Znak, Kraków 1994, s. 13; F. Rosenzweig, *Nowe myślenie...*, dz. cyt., s. 676.

²⁶ A. Żak, *Punkt wyjścia...*, dz. cyt., s. 465.

²⁷ Tamże, s. 466.

²⁸ F. Rosenzweig, *Gwiazda Zbawienia*, dz. cyt., s. 157.

²⁹ A. Żak, *Punkt wyjścia...*, dz. cyt., s. 468.

³⁰ F. Rosenzweig, *Gwiazda Zbawienia*, dz. cyt., s. 202.

³¹ Tamże, s. 255.

³² Tamże, s. 342 – 343.

lub modlitwę, by móc powiedzieć swoje „tak” lub „nie”, potwierdzać lub zaprzeczać³³. W ten sposób doświadczenie człowieka otwartego na dialog jest doświadczeniem „myślenia głowami wszystkich uczestników” historycznego dyskursu, wyłaniając, w miejsce dialektycznej, dialogiczną postać historii³⁴.

Mowa jako „włączenie siebie” i odpowiedzialność

To, co międzyludzkie wyraża się w trwałej „mówioności” (*Redlichkeit*)³⁵. Dialogika nie może być jednak zredukowana do problemu wspólnego komunikowania się. Jej sens wyraża się bowiem w „włączeniu siebie”, w czynie, który jest czynem zwrócenia się „do”, zwrócenia się ku sobie nawzajem: „Ludzie złączeni dialogicznie muszą wyraźnie być ku sobie zwróceniu, są to zatem ludzie, którzy – obojętnie w jakim stopniu aktywności czy choćby świadomości aktywności – zwrócili się do siebie”³⁶.

Pojęcie mowy, do którego odwołuje się Buber rozumiane jest szeroko. Człowiek może bowiem mówić na różne sposoby: językiem mowy, językiem sztuki czy też językiem działania. Mowa jest czymś, co otacza i przenika egzystencję ludzką, ponieważ „mowa nie tkwi w człowieku, lecz człowiek w mowie i z niej przemawia”³⁷. Rozmowa nie jest wymianą fonetycznych dźwięków, potokiem słów pustej paplaniny³⁸, nie jest też wyrazem neurotycznej potrzeby posiadania słuchacza. Prawdziwej rozmowy nie da się zaplanować³⁹, choć nim przybierze ona szatę formy językowej, wpierw wyłania się w swym kształcie w „słowie wewnętrznym”⁴⁰.

W odróżnieniu od dialogu prawdziwego, który polega na zwróceniu się do drugiego człowieka z zamiarem ustanowienia z nim „żywej wzajemności”, można wyróżnić jeszcze jego formy epifenomenologiczne w postaci dialogu technicznego i dialogu upozorowanego. Dialog techniczny służy rzeczowemu porozumiewaniu się, dzięki funkcjonalnemu komunikowaniu informacji, zaś dialog upozorowany polega na tym, że monolog jawi się w szacie dialogu⁴¹.

³³ A. Żak, *Punkt wyjścia...* dz. cyt., s. 470.

³⁴ Tamże, s. 464.

³⁵ M. Buber, *Ja i Ty*, w: tenże, *Ja i Ty. Wybór pism filozoficznych*, przeł. J. Doktor, PAX, Warszawa 1992, s. 104.

³⁶ M. Buber, *Dialog*, w: tenże, *Ja i Ty. Wybór pism filozoficznych*, dz. cyt., s. 214.

³⁷ M. Buber, *Ja i Ty*, dz. cyt., s. 62.

³⁸ M. Buber, *Między osobą a osobą*, w: tenże, *Ja i Ty. Wybór pism filozoficznych*, dz. cyt., s. 152.

³⁹ Tamże, s. 153.

⁴⁰ Tamże, s. 152.

⁴¹ M. Buber, *Dialog*, dz. cyt., s. 226.

Mowa jako zagadnięcie i osobowa afirmacja

Mowę jako typ łączności człowieka z człowiekiem uznać należy za „wielkie znamię i pomnik międzyludzkiego współżycia”⁴². Zwierzę może bowiem co najwyżej wysyłać pewne sygnały, człowiek w swej mowie może natomiast zagadywać drugiego człowieka. Zagadnięcie to (*Ansprache*) jest szczególną właściwością istoty ludzkiej i zasadza się „na ustanowieniu i uznaniu samodzielnej inności drugiego człowieka, z którym właśnie dzięki temu, zagadując i mówiąc, pozostaję w relacji”⁴³. W języku słów (mowie) zagadnięcie wciąż na nowo odzyskuje swą żywotność na mocy rzeczywistości, w której rozgrywa się prawdziwa rozmowa, ponieważ ona staje się „szansą ucłowieczenia”: „Prawdziwa rozmowa, a tym samym każde aktualne spełnienie relacji między ludźmi, oznacza akceptację inności (...) prawdziwa rozmowa jest sferą ontologiczną, która konstytuuje się przez autentyczność bytu, każde wtargnięcie pozoru może ją okaleczyć”⁴⁴.

Mania narzucania własnej słuszności, będąc nadużyciem wobec kogoś innego i nie mając nic wspólnego z prawdziwą rozmową, jest domeną „propagujących” i „sugerujących”, którzy w ten sposób niweczą autentyczną możliwość wejścia w relację. Być „propagującym” lub „sugerującym” oznacza bowiem traktować swego rozmówcę w sposób uprzedmiotowiający, bo odbierający prawo do bycia zdystansowanym i samodzielnym: „Ludzie potrzebują, a zarazem i mogą, potwierdzać się nawzajem w swym indywidualnym bycie; poza tym jednak potrzebują oni, i mogą inaczej naświetlać innym zbratanym ludziom zdobywaną przez duszę prawdę i w ten sposób oglądać ją potwierdzoną”⁴⁵.

Dialogiczną postać historii tworzy zatem „człowiek filozofujący”, wyzwolony „spod kurateli systemu”, w odróżnieniu od „człowieka filozofii”⁴⁶, zakleszczonego w szczelnym systemie pojęć, ukutych przez autonomiczny rozum. „Człowiek filozofujący” to ten, który nie jest wyzuty z rysów własnej biografii, z Ja, które mówi, z Ja, które jest tym słuchającym i odpowiadającym na słowo. „Człowiek filozofujący” jest człowiekiem filozofii słowa, człowiekiem podążającym za mową. „Człowiek filozofii” jest zaś filozofem szczelnie zakleszczonych w granicach systemu myśli. Jest filozofem wyzutym ze słowa, filozofem myślącym myśli ponad i poza słowem.

⁴² M. Buber, *Pradystans i relacja*, w: tenże, *Ja i Ty. Wybór pism filozoficznych*, dz. cyt., s. 134.

⁴³ Tamże, s. 134.

⁴⁴ Tamże, s. 135; M. Buber, *Między osobą a osobą*, dz. cyt., s. 152.

⁴⁵ M. Buber, *Pradystans i relacja*, dz. cyt., s. 135.

⁴⁶ A. Żak, *Punkt wyjścia...* dz. cyt, s. 468 – 469.

Mowa jako odpowiedzialność odpowiadania

W prawdziwej rozmowie człowiek zwraca się do drugiego człowieka całym sobą. Autentyczne zwrócenie się ku innemu wyraża więc potwierdzenie jego osobowej struktury istnienia, ponieważ zostaje on uznany za rzeczywistego rozmówcę, a to oznacza, że zwrócenie się do kogoś drugiego jest wypowiedzeniem mu swojego „tak” jako osobie⁴⁷. „Odpowiedzialność, która nie odpowiada na słowo, jest metaforą odpowiedzialności”⁴⁸, prawdziwa odpowiedzialność jest więc „tylko tam, gdzie jest prawdziwe odpowiadanie”⁴⁹. Każda konkretna chwila dana przeżyciu osoby jest mową i zagadnięciem, które człowiek uważny potrafi odczytać. Stąd słowa „naszej odpowiedzi wypowiedziane są w nieprzekładalnym – jak zagadnięcie – języku czynu i zaniechania, przy czym czyn może mieć pozory zaniechania a zaniechanie czynu. Odpowiadamy chwili, ale jednocześnie odpowiadamy na nią, za nią. Została złożona w nasze ręce nowo stworzona konkretność świata i za nią odpowiadamy”⁵⁰.

Dialogiczną kategorię mowy można też ująć w kontekście trzech sposobów postrzegania drugiego człowieka: „obserwowania”, „rozpatrywania” i „dostrzegania”⁵¹. Racją obserwatora i rozpatrującego jest w tej samej mierze doświadczenie innego człowieka jako przedmiotu. Drugi człowiek jest dla nich obiektem, o którym mogą coś powiedzieć, zgodnie z kompetencjami swych racji działania: obserwowania lub rozpatrywania. Oba nastawienia postrzegania wyrażają fakt, że mogę mówić „o”, ale nie mogę mówić „do”, jak również to, że obiekt mej obserwacji czy rozpatrywania nie może mówić do mnie. Obserwator koncentruje się na odnotowywaniu i zapamiętywaniu zewnętrznych rysów i cech obiektu poddanego obserwacji. Rozpatrujący przyjmuje natomiast postawę bezstronnego oglądu, w oczekiwaniu aż obiekt rozpatrywania sam, swobodnie ukaże się jego oczom⁵². W odróżnieniu od tych dwóch nastawień dostrzegający przyjmuje zupełnie inną postawę wobec drugiego człowieka, on bowiem postrzega tego, kogo napotyka na swej drodze. Ten, kogo dostrzegam, jest tym, którego napotykam jako tego, przez kogo coś, czego nie jestem w stanie uchwycić przedmiotowo, do mnie przemawia⁵³, i w kontekście czego konstytuuje się odpowiedzialność mojego odpowiadania.

⁴⁷ M. Buber, *Między osobą a osobą*, dz. cyt., s. 151 - 152.

⁴⁸ M. Buber, *Dialog*, dz. cyt., s. 224.

⁴⁹ Tamże, s. 223.

⁵⁰ Tamże, s. 224.

⁵¹ Tamże, s. 215-217.

⁵² Tamże, s. 215.

⁵³ Tamże, s. 216.

Dialogiczna formuła *res loquens* i upostaciowienie odpowiedzialności pedagogicznej

Antropologiczna formuła *res loquens* (człowiek jako słuchacz i mówiący)⁵⁴ eksponuje fundamentalną własność egzystencjalnego wymiaru istnienia człowieka. Jest to własność, która w sposób nieredukowalny ustanawia go podmiotem słuchania i mówienia. Oznacza to, że konstytucja ludzkiego wymiaru życia oraz wyłanianie się konstruktywnych tendencji rozwoju i dojrzewania człowieka określane są miarą tej dialogicznej⁵⁵ dwubiegunowości – zagadywania innych i odpowiadania innym. Bycie adresatem i odbiorcą, „twórcą” i „konsumentem” mowy wskazuje zatem na swoistą egzystencjalną równowagę pomiędzy tym, czego doświadczamy my i czego doświadczają inni w związku ze współtworzoną relacją (roz)mowy. W tym kontekście można powiedzieć, że oddziaływania pedagogiczne ustrukturyzowane dialogicznie przede wszystkim wyrażają się w tym, że posiadają konstruktywną siłę sprawczą w inicjowaniu interpersonalnych kompetencji i umiejętności (roz)mowy - zagadywania innych i odpowiadania innym.

Przyjąć można, że z faktem zagadywania innych, jak i odpowiadania innym – ujmowanych od strony szeroko pojmowanych oddziaływań pedagogicznych – związane są pewne swoiste zagrożenia, wynikające z ich zdeformowanych postaci. Zagrożenia te można analizować przez pryzmat trojkiego rodzaju dysfunkcji i deficytów (psychopatologii i socjopatologii) związanych zarówno z: zagadywaniem innych, odpowiadaniem innym oraz zaburzonej równowagi pomiędzy pierwszym i drugim aspektem dialogicznie uformowanych odniesień interpersonalnych. Filozoficzne pryncypia, implikowane przez dialogiczny fenomen mowy, przeniesiemy zatem na grunt pedagogiczny w sposób negatywny poprzez odniesienie do wcześniej zrekonstruowanych twierdzeń o walorze pozytywnym. Można bowiem przyjąć, że sens odpowiedzialności oddziaływań o walorze pedagogicznym odsyła nas do pryncypiów przynależnych dialogicznej kategorii mowy, a zatem i do tego, negatywnie rzecz ujmując, by nie dopuścić do ich dysfunkcji lub by dysfunkcjom tym nie sprzyjać i ich nie generować.

⁵⁴ Formuła ta wpisuje się w inną, szerszą i nadrzędną zarazem kategorię antropologiczną, którą ująłem w swej dysertacji doktorskiej przy pomocy terminów *homo dialogicus* oraz *anthropos dialogikos*. Zob. J. Gara, *Pedagogiczne implikacje filozofii dialogu*. Nie opublikowana rozprawa doktorska, Wydział Nauk Pedagogicznych, APS, Warszawa 2005, s. 25. Zob. także: J. Gara, *Człowiek w horyzoncie filozoficznej kategorii dialogu*, „Opieka. Terapia. Wychowanie” 2002, nr 4; J. Gara, *Kategoria Innego w kontekście antropologicznego modelu Franza Rosenzweiga*, „Baptystyczny Przegląd Teologiczny” 2006, t. III.

⁵⁵ Problematykę dialogicznej filozofii wychowania i pedagogicznych implikacji filozofii dialogu szerzej i z innej perspektywy – na inny sposób i od innej strony, podejmuję również w innym miejscu. Zob. J. Gara, *Pedagogiczne konteksty tezy filozofii dialogu*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo” 2006, nr 1 (3); J. Gara, *Pedagogiczny model dialogicznych aktów wychowania*, „Kwartalnik Pedagogiczny” 2007 nr 1; J. Gara, *Hermeneutyka pedagogii ujętej jako dialogika wychowania*, [w:] *W akademickiej przestrzeni dialogu. Głos nauczycieli akademickich*, red. D. Jankowska, Wydawnictwo ITE PIB, Warszawa – Radom 2007; J. Gara, *Filozoficzne przesłanki intersubiektywności dialogiki aktów wychowania*, „Horyzonty Wychowania” 2007, nr 7 (12).

Dysfunkcje i deficyty (roz)mowy uporządkować można zatem na dwa sposoby. Po pierwsze biorąc pod uwagę jej poszczególne części składowe z osobna (zagadnięcie lub odpowiedź), po drugie zaś ujmując ją jako strukturalną całość, na którą składają się jej części składowe i relacje między nimi zachodzące (mowa jako zagadywanie i odpowiadanie). Tak w pierwszym, jak i w drugim przypadku dysfunkcje i deficyty dialogicznej funkcji (roz)mowy mogą przybierać formę „nadczynności” (ofensywności i zdominowania innych) lub „niedoczynności” (defensywności i bycia zdominowanym przez innych). W ten sposób możemy wyróżnić specyficzne dysfunkcje dialogicznego wymiaru (roz)mowy oraz specyficzne konstelacje części składowych (roz)mowy, które wskazują na deficyty zaburzonej równowagi ich współwystępowania (zob. tabela). W pierwszym przypadku, wyrazem owych dysfunkcji jest: 1) „nadczynność” zagadywania (pkt. 1. tabeli); 2) „niedoczynność” zagadywania (pkt. 2. tabeli); 3) „nadczynność” odpowiadania (pkt. 3. tabeli); 4) „niedoczynność” odpowiadania (pkt. 4. tabeli). W drugim przypadku, deficyty zaburzonej równowagi mogą wyrażać się w typach idealnych współwystępowania części składowych (roz)mowy i ich podtypach. Do typów idealnych należy zaliczyć: 1) formy ofensywne zagadywania i odpowiadania (określane w płaszczyźnie pionowej przez pkt. 1. i 3. tabeli) oraz 2) formy defensywne zagadywania i odpowiadania (określane w płaszczyźnie pionowej przez pkt. 2. i 4. tabeli). Podtypy idealne określone są natomiast przez współczynnik: 1) ofensywnych form zagadywania i defensywnych form odpowiadania (w płaszczyźnie poprzecznej pkt. 1. i 4. tabeli) oraz 2) defensywnych form zagadywania i ofensywnych form odpowiadania (w płaszczyźnie poprzecznej pkt. 2. i 3. tabeli).

		Dysfunkcje i deficyty (roz)mowy	
		„nadczynność”/ ofensywność	„niedoczynność”/ defensywność
Funkcje (roz)mowy	zagadywanie	1.	2.
	odpowiadanie	3.	4.

W kontekście tak przeprowadzonych rozróżnień można by sformułować również problem badawczy natury empirycznej, pytając o to, która z tych postaci dysfunkcji lub deficytu równowagi części składowych (roz)mowy zakłóca w największym stopniu oddziaływania pedagogiczne oraz czy dotyczy to w szczególności jakichś specyficznych sytuacji wychowawczych w mniejszym lub większym stopniu. Dla potrzeb tego opracowania przeanalizować możemy też bliżej jeden z wyróżnionych typów dysfunkcji (roz)mowy, mianowicie „niedoczynność” zagadywania innych (pkt. 2. tabeli).

Szczególną postacią zagadywania innych jest forma pytajna mowy. Pytać oznacza bowiem zagadywać, inicjować kontakt, przerzucać mosty, które znoszą dystans, zakłócając obcość niemych względem siebie podmiotów. Człowiek zagaduje, stawiając pytania, powodowany będąc różnymi motywacjami: ciekawością, potrzebą, zaniepokojeniem, obowiązkiem. Człowiek stawia najróżniejsze pytania, a one określają dynamikę i spontaniczność jego egzystencjalnego sposobu bycia. Pytając, człowiek wystawia się na konfrontację z tym co inne, pochodzące spoza kręgu jego własnych myśli, domniemań i odczuć. Zagadywanie innych w pytajnej formie mowy jest tak integralnym przejawem dynamiki ludzkiego życia, że trudno sobie wyobrazić to życie bez pytań, które je ożywiają, naruszając tym samym jego statyczność. Dziecko powodowane ciekawością pyta, o to, co wywołuje w nim zdziwienie, nastolatek, powodowany potrzebą uzasadnienia, pyta, dlaczego czegoś mu się zabrania, dorosły, powodowany niepokojem, pyta swego przyjaciela o zdrowie, sędzia, powodowany obowiązkiem, pyta świadka o znajomość prawnych konsekwencji składania nieprawdziwych zeznań itd.

Spontaniczność stawiania pytań zawsze jest oznaką zdrowej atmosfery różnych form współbycia ludzi. Jedną ze specyficznych charakterystyk neurotyzmu, w relacji z innymi, może być bowiem właśnie niechęć lub nieumiejętność zagadywania innych, strach, wstyd lub duma, które powstrzymują od zadawania pytań. Przyjąc zatem należy, że, z pedagogicznego punktu widzenia, dysfunkcja (roz)mowy związana z „niedoczynnością” zagadywania innych, jest wskaźnikiem niepokojącym, co do właściwych tendencji rozwojowych. Wskazać można też co najmniej kilka specyficznych przyczyn takiego stanu rzeczy. Wychowanek lub szerzej człowiek nie pyta, bo: 1) nie ma świadomości tego, o co można by pytać; 2) to, o co można by zapytać jest mu obojętne; 3) uznaje, że nie warto o to coś pytać ze względu na rangę tego, o co chodzi; 4) czuje się zagrożony samym faktem odnoszenia się do czegoś i potencjalnością odpowiedzi jaka może paść; 5) nie postrzega siebie jako równoprawnego partnera rozmowy. W ten sposób możemy mówić o negatywnym zdeterminowaniu werbalnej interakcji przez syndrom: w pierwszym przypadku – niewiedzy i ignorancji, w drugim – indyferencji i ambiwalencji, w trzecim – banalizowania i protekcyjności (arogancji), w czwartym – dyskomfortu i poczucia zagrożenia (kompleksów), w piątym – wycofania i podrzędności (niepełnomocności).

Wyróżnione dysfunkcje i deficyty (roz)mowy występować mogą zarówno po stronie podmiotu definiowanego jako wychowawca, jak i po stronie podmiotu definiowanego jako wychowanek. Założyć można zatem, że zarówno przejawy tych dysfunkcji i deficytów, jak i ich konsekwencje dla jakościowej relacji (roz)mowy, w przypadku obu tych podmiotów, wychowawcy i wychowanka, będą posiadały swe specyficzne rysy i charakterystyki.

W tym też kontekście, reasumując, należy stwierdzić, że zakres i specyfika odpowiedzialności pedagogicznej implikowane przez kategorię dialogicznego fenomenu mowy, ujmowane powinny być w postaci dwóch zasadniczych przesłanek: 1) reprezentacji – pedagog powinien być reprezentantem dialogicznie niezaburzonych form (roz)mowy; 2) efektywności – pedagog powinien skutecznie przyczyniać się do przyswajania sobie przez wychowanka dialogicznie niezaburzonych form (roz)mowy.

Jarosław Gara

(Dia)logiczne miary rzeczy i rzeczy na miarę (dia)logiki¹

ABSTRAKT

Sformułowany w tytule problem wyraża się w autorskiej próbie przybliżenia specyficznego „ruchu myśli”, który naprowadza na to, w czym dialogiczność jako swoista postawa egzystencjalna się wyraża a co ją neutralizuje lub wręcz jest jej całkowitym zaprzeczeniem. Dialogiczność pociąga bowiem za sobą swoisty sposób postrzegania i rozumienia sensu tego, co własne i cudze, wewnętrzne i zewnętrzne; to logika porządkowania interpersonalnych stanów rzeczy oraz wywiązujących się między nimi zależności i powiązań, które w tej samej mierze określają możliwość posiadania siebie (własnego indywiduum), jak i wykraczania poza siebie ku innym (gotowości do działania na rzecz innych i w imieniu/zastępstwie innych). W tym znaczeniu można wyróżnić podstawowe typy podmiotowej reprezentacji (reprezentowania siebie samego i reprezentowania innych) oraz ich jakościowe wymiary. Rozpatrując zaś ów dialogiczny problem form reprezentacji można wskazać na różne specyficzne prawidłowości, swoiste algorytmy świata ludzkich spraw i towarzyszących im relacji oraz specyficzne przykłady określające dialogiczną przestrzeń międzypodmiotowych relacji.

Tylko w świecie słowa wątpliwego może pojawić się protest. Tylko w świecie protestu może pojawić się afirmacja².

Doświadczenie egzystencjalnej paradoksalności wyrasta z zatarcia konturów jednoznaczności tego, co umożliwia lub uniemożliwia, buduje lub niszczy konstruktywne (dialogiczne) wymiary relacji interpersonalnych. Owa paradoksalność wyrasta również ze swoistego klimatu opartego na inwersji znaczeń i intencji, gdy to, co sensowne i konstruktywne jest bagatelizowane i mityzowane, a to, co bezsensowne i destruktywne uwznioślane i racjonalizowane. Intelktualnie rozpoznana paradoksalność staje się tym samym paradoksalnością egzystencjalnie przeżywaną. Odsłanianie głębokich sensów tego, co międzyludzkie uznać można zatem za jeden z nieodzownych elementów znoszenia owej paradoksalności oraz niezgody na to, by absurd i bezsens określał sposoby racjonalnego przystosowania się człowieka na miarę tak, a nie inaczej utrwalonych praktyk i związanego z

¹ Pierwotna wersja publikacji: J. Gara, *Kilka uwag o (dia)logicznych miarach rzeczy i o rzeczach na miarę (dia)logiki*, [w:] *Pedagogika Dialogu. Nauczyciele dialogu*, red. D. Jankowska, Wydaw. APS, Warszawa 2011, s. 17-28.

² P. Ricoeur, *Podług nadziei*, przeł. S. Cichowicz, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1991, s. 97.

tym biegu rzeczy (skryptów, schematów - stereotypów myślenia i działania). Odsłanianie i rozświetlanie ludzkich spraw wymaga tym samym poznawczej dekonstrukcji tego, co wyrasta z zacierania granic pomiędzy tym, co autentyczne i pozorne, konstruktywne i destruktywne, wyzwalające i zniewalające, prorozwojowe i antyrozwojowe, a co staje się zarazem apologią egzystencji człowieka, pojmowanej jako nieredukowalne indywiduum w splotie interpersonalnych relacji.

Sformułowany w tytule problem posiada wartość refleksyjną i wyraża się w autorskiej próbie przybliżenia specyficznego „ruchu myśli”, który naprowadza na to, w czym dialogiczność jako swoista postawa egzystencjalna się wyraża, co ją neutralizuje lub jest całkowitym zaprzeczeniem owej dialogiczności. Przedmiotem zainteresowania będzie tu zatem wszystko to, co składa się na strukturę postawy człowieka, zarówno w warstwie nastawień percepcyjnych (sposób postrzegania rzeczy i ich rozumienia), jak i nastawień preferencyjnych (sposób dokonywania rozstrzygnięć wartościujących i typ odniesień wobec otaczającego świata)³. W ten sposób podjęty zostanie problem (dia)logicznych miar szacowania ważności i wartości spraw konstytuujących egzystencjalne doświadczenie podmiotów indywidualnych i podmiotów zbiorowych oraz specyficznych zjawisk, prawidłowości i mechanizmów, które określają lub mogą określać przestrzeń styczności poszczególnych podmiotów.

Odwołując się do źródeł myśli filozofii dialogu⁴ i jej ogólnej wymowy, przyjąć można, że (dia)logika to swoisty sposób postrzegania i rozumienia sensu tego, co własne i cudze, wewnętrzne i zewnętrzne, to logika porządkowania interpersonalnych stanów rzeczy, wywiązujących się między nimi zależności i powiązań określających w tej samej mierze możliwość posiadania siebie (własnego indywiduum), jak i wykraczania poza siebie ku innym (uprzystępnienia się, gotowości do działania na rzecz innych i w imieniu/zastępstwie innych) w aktach konstytuowania się jakościowych wymiarów relacji międzypodmiotowej.

Myśl dialogiczna, tak w swej ogólnej wymowie, jak i szczegółowych problemach, które podejmuje, jest zatem głęboko humanistyczna. Co więcej, myśl filozofii dialogu jako przejaw

³ Nawiązuję tu do modelu postawy, do którego odwoływał się Czesław Czapów. Zob. Cz. Czapów, *Pedagogika resocjalizująca. Elementy metodyki i diagnostyki*, PWN, Warszawa 1978, s. 115-132.

⁴ W sposób syntetyczny źródła te omawiane są w opracowaniach. Zob. M. Jantos, *Filozofia dialogu. Źródła, zasady, adaptacje*, Wydaw. Oddziału PAN, Kraków 1997; J. A. Kłoczowski, *Filozofia dialogu, W drodze*, Poznań 2005; T. Gadacz, *Filozofia dialogu*, w: tenże: *Historia filozofii XX wieku*. Nurty, t. 2, Wydaw. Znak, Kraków 2009, s. 503-613. Zob. także: B. Milerski, *Pedagogika dialogu: filozoficzne inspiracje i perspektywy*, [w:] *Pedagogika dialogu. Dialog warunkiem rozwoju osobowego i społecznego*, red. E. Dąbrowa, D. Jankowska, Wydaw. APS, Warszawa 2008, s. 29-33; J. Gara, *Pedagogiczne implikacje filozofii dialogu*, WAM, Kraków 2008; J. Gara, *Filozofia dialogu i jej implikacje pedagogiczne*, „Pedagogia Christiana” 2010, nr 1/25, s. 137-148.

dyskursu *sensu stricto* humanistycznego, ukazała w nowym świetle odwieczny „obiekt” zainteresowania i namysłu humanistów. Przedstawiciele tej filozofii poddali bowiem w wątpliwość roszczenie podmiotu absolutnego, monadycznego i samowystarczającego posiadającego uprawomocnienia do arbitralnego uprzedmiotawiania i obiektywizacji wszystkiego, co względem niego samego i jego samoświadomości jest zewnętrzne. Podmiot troski i rozważań humanistyki – człowiek – został tu rozszczepiony i rozbity na nieredukowalne Ja i Ty podmiotu ludzkiego. Owo rozszczepienie i rozbitcie należy zatem traktować jako rehabilitację dwubiegunowości ludzkiej podmiotowości (która w relacji interpersonalnej wywiera wpływ i wpływom jest poddana; działa i doznaje) oraz niesprowadzalności jednego podmiotu do innego podmiotu, pomimo wspólnej gatunkowej przynależności wyrażonej w formule *homo sapiens*.

Podmiotowe formy reprezentacji

Podjęwając próbę określania dialogicznych miar rzeczy i rzeczy na miarę dialogiki wychodzę od podstawowego założenia co do natury/sensu/istoty dialogicznego sposobu bycia. Z dialogicznością, co należy wyartykułować, mamy bowiem do czynienia wtedy, gdy przejawia się ona w sposobie bycia człowieka – jeśli jest takim, a nie innym byciem człowieka w świecie. Zgodnie z tym założeniem przyjmuję, że dialogiczność rodzi się w napięciu pomiędzy tym, co jednostkowe, a tym, co wspólnotowe. Przy czym to, co wspólnotowe jest wynikiem konieczności wypracowania umowy/uregulowań współbycia jednostki z inną jednostką. Sama wspólnota nigdy bowiem w dosłownym tego sensie nie jest podmiotem relacji dla jednostki. Dlatego też w znaczeniu najbardziej pierwotnym relacja dialogiczna określona jest odniesieniem jednego podmiotu jednostkowego względem innego podmiotu jednostkowego. Choć bowiem podmioty te mogą również występować w imieniu innych, stając się reprezentantami/przedstawicielami innych podmiotów, indywidualnych lub zbiorowych, to jednak w tym akcie pośrednictwa nie wyzuwają się z siebie. Co więcej, sposób reprezentacji owych podmiotów jest zawsze odzwierciedleniem i na miarę swoistości indywidualnego sposobu bycia podmiotu reprezentującego. Każda wspólnota ma bowiem swoich reprezentantów, mówi ich głosem, a przybierając określony charakter wyłania tych, którzy będą wcieleniem jej głosu, racji istnienia i rozwoju. Ostatecznie więc dialogiczna relacja zawsze ma charakter interpersonalny i zachodzi między konkretnymi podmiotami. Podmiot indywidualny (jednostka) może być zatem reprezentantem zarówno swoich własnych dążeń, jak i dążeń wspólnoty jako podmiotu zbiorowego. Można więc powiedzieć, że człowiek nigdy nie staje naprzeciw wspólnoty w dosłownym tego słowa znaczeniu, zawsze

staje bowiem naprzeciw innego człowieka, formalnie lub nieformalnie pełniącego rolę wyraziciela uogólnionej woli i dążeń zbiorowości (rodziny, społeczności lokalnej, branżowej, etnicznej, narodowościowej, światopoglądowej).

Człowiek jako podmiot indywidualny występujący w roli reprezentanta (w zastępstwie⁵) innego podmiotu indywidualnego lub podmiotu zbiorowego może jednak odzwierciedlać różne scenariusze bycia reprezentantem:

1. może być faktycznym i efektywnym reprezentantem woli i tożsamości/dobra określonego podmiotu tak indywidualnego, jak i zbiorowego;
2. może być reprezentantem, który w stopniu niewystarczającym wykazuje się kompetencjami osobowymi i społecznymi, reprezentując innych;
3. może być reprezentantem wykazującym ambiwalencję lub cynizm w sposobach reprezentowania innych;
4. może być uzurpatorem w reprezentowaniu woli i tożsamości/dobra innych podmiotów indywidualnych lub zbiorowych poprzez narzucenie swojej dominacji lub hegemonii:

a) wczytując w role związane z reprezentowaniem innych własne aspiracje i ambicje, a zatem traktując je jako sposób na autoprezentację i autopromocję form bycia związanych z reprezentowaniem siebie samego;

b) traktując role związane z reprezentowaniem innych jako remedium deficytów pełni i treści reprezentowania swoistości własnych form podmiotowego bycia oraz dowartościowywanie się stosunkiem nadrzędności i zależności, w jakich inni pozostają względem nas jako przez nas reprezentowani.

Fenomen reprezentacji i problem jej jakościowego nasycenia

Dialogiczny sposób bycia dookreślany napięciem pomiędzy dążeniami określonych podmiotów, indywidualnych i zbiorowych, zawsze jest jakąś formą reprezentacji – siebie lub innych. Pomiedzy formami reprezentacji tego, co własne i tego, co cudze, a zatem będące sposobem reprezentowania innego podmiotu, indywidualnego lub zbiorowego, zachodzi jednak bardzo istotna dialogiczna współzależność określająca jakościowe (konstruktywne i twórcze) wymiary samych aktów reprezentowania. W procesie nabierania przez podmiot indywidualny dojrzałości reprezentowania siebie samego zawsze uczestniczą bowiem inne podmioty, tak indywidualne, jak i zbiorowe. Każda zaś forma reprezentowania innych

⁵ Dialogiczną filozofię substytucji (zastępstwa) rozwijał zarówno Dietrich Bonhoeffer, jak i Emanuel Lévinas. Zob. D. Bonhoeffer, *Wybór pism*, przeł. A. Morawska, Biblioteka „Więzi” Warszawa 1970, s. 188. E. Lévinas, *Inaczej niż być lub poza istotą*, przeł. P. Mrówczyński, Fundacja Aletheia, Warszawa 2000, s. 196-197.

podmiotów zawiera w sobie element – w mniejszym lub większym stopniu – działania w zastępstwie i imieniu oraz dla dobra innych. Co więcej, dojrzałość i wielkość podmiotu indywidualnego, które określają humanistyczny ideał, związany z procesami jego hominizacji, aktami transgresji i samoobiektywizacji w przestrzeni społeczno-kulturowej, można mierzyć zdolnością i wolą do reprezentowania innych podmiotów a zatem również wolą do działania w ich imieniu i zastępstwie.

Możemy mówić zatem o swoistym gradiencie konstruktywnych i twórczych form reprezentacji tak siebie, jak i innych. W tym też kontekście wyróżnić należy zarówno konstruktywne, jak i niekonstruktywne typy reprezentacji (Rysunek 1.) ze względu na gradient (stopień nasycenia) ich treści i pełni:

1. reprezentacja o niskim gradiencie nasycenia treścią i pełnią reprezentowania siebie samego przez podmiot indywidualny (reprezentacja A);
2. reprezentacja o wysokim gradiencie nasycenia treścią i pełnią reprezentowania siebie samego przez podmiot indywidualny (reprezentacja B);
3. reprezentacja o niskim gradiencie nasycenia treścią i pełnią reprezentowania innego podmiotu (tak indywidualnego, jak i zbiorowego) przez podmiot indywidualny (reprezentacja C);
4. reprezentacja o wysokim gradiencie nasycenia treścią i pełnią reprezentowania innego podmiotu (tak indywidualnego, jak i zbiorowego) przez podmiot indywidualny (reprezentacja D).

Biorąc pod uwagę wyróżnione typy reprezentacji hipotetycznie możemy wyróżnić jeszcze określone konstelacje zachodzenia danych stanów rzeczy odzwierciedlających jakościowe wymiary łączenia tych dwóch typów reprezentacji (siebie i innych):

1. podmiot indywidualny przejawia niski gradient nasycenia treścią i pełnią sposobów reprezentacji tak siebie samego, jak i innych podmiotów (stosunek kompatybilności negatywnych form reprezentacji A-C);
2. podmiot indywidualny przejawia wysoki gradient nasycenia treścią i pełnią sposobów reprezentacji siebie samego, ale niski gradient nasycenia treścią i pełnią reprezentowania innych podmiotów (stosunek niekompatybilności form reprezentacji B-C);
3. podmiot indywidualny przejawia niski gradient nasycenia treścią i pełnią sposobów reprezentacji siebie samego, ale wysoki gradient nasycenia treścią i pełnią reprezentowania innych podmiotów (stosunek niekompatybilności form reprezentacji A-D);

4. podmiot indywidualny przejawia wysoki gradient nasycenia treścią i pełnią sposobów reprezentacji tak siebie samego, jak i innych podmiotów (stosunek kompatybilności pozytywnych form reprezentacji B-D).

Zgodnie z powyższymi rozróżnieniami wysoki gradient nasycenia treścią i pełnią form reprezentacji zarówno siebie samego, jak i innych należy traktować jako stan pożądany (korzystnie rokujący dla tego, co międzypodmiotowe), niski zaś gradient nasycenia treścią i pełnią form reprezentacji siebie samego i innych jako stan deficytowy (niekorzystnie rokujący dla tego, co międzypodmiotowe).

Rysunek 1.

Gradient nasycenia		Gradient nasycenia treścią i pełnią form reprezentacji	
		Niski	Wysoki
Typy reprezentacji			
Podstawowe typy reprezentacji przejawiane przez podmiot indywidualny	siebie	reprezentacja A	reprezentacja B
	innych	reprezentacja C	reprezentacja D

Określony gradient, współczynnik nasycenia w sposób konstruktywny i twórczy owych form reprezentacji, pozwala również wskazać na kilka istotnych – z dialogicznego punktu widzenia – zależności i prawidłowości wyrażonych w formie twierdzeń zarówno pozytywnych, jak i negatywnych.

Twierdzenia o pozytywnym kierunku budowania uzasadnień (tzn. oparte na potwierdzaniu wartości zachodzenia określonych stanów rzeczy) można odnieść do następujących domniemyanych prawidłowości:

- efektywne sposoby uzyskiwania treści i pełni reprezentowania siebie samego uwarunkowane są zazwyczaj życzliwym ukierunkowaniem i wsparciem tych, którzy sami skutecznie przeszli przez stadium efektywnego reprezentowania siebie oraz poczuwają się do autentycznego wsparcia innych w ich własnych sposobach bycia;

- najlepiej rokującymi reprezentantami podmiotów zbiorowych, jak się wydaje, są ci, którzy, w sposób uprzedni, przeszli pomyślnie przez stadium konstruktywnego i efektywnego reprezentowania siebie, zdobywając zaufanie i uznanie innych w owych sposobach reprezentanta siebie jako podmiotów indywidualnych. Tym samym uznać to można za istotną przesłankę, ale nie gwarancję efektywnych form reprezentowania innych przez podmiot indywidualny;

- gotowość do podejmowania autentycznych form reprezentowania innych (występowania w ich imieniu, w zastępstwie, w obronie, promowania innych ze względu na nich samych) należy uznać za najgłębszy przejaw odczucia tego, co ludzkie – humanistycznych wymiarów intersubiektywnej przestrzeni styczności podmiotów relacji. Gotowość taka oznacza bowiem zdolność do wykraczania poza świat własnej subiektywności, myśli, odczuć, pragnień, potrzeb i aspiracji, jak również koncentrowanie się na świecie innych, w jego własnych, a zatem autonomicznych względem nas samych konfiguracjach myśli, odczuć, pragnień, potrzeb i aspiracji.

Z kolei twierdzenia o negatywnym kierunku budowania uzasadnień (tzn. oparte na podważaniu wartości zachodzenia określonych stanów rzeczy) można odnieść do takich domniemyanych prawidłowości, jak:

- zbyt wczesne wejście w role związane z reprezentowaniem innych może osłabić lub zakłócić ukonstytuowanie się efektywnych form reprezentowania siebie i swego indywidualium oraz skutkować nieumiejętnością oddzielania form reprezentowania siebie samego od form reprezentowania innych. Może się to przejawiać zarówno w swoistej „implozji” tożsamości (gdy nasze własne życie przeżywamy jako „cień” form reprezentowania innych) oraz „eksplozji” tożsamości (gdy nasze formy reprezentowania innych przybierają postać nadreprezentacji; poszerzania swojego ja kosztem innych i wczytywania w nich własnych myśli, preferencji i aspiracji);

- pełnienie ról związanych z reprezentowaniem innych może rodzić mechanizm alienowania się tych, którzy są reprezentantami z autentycznych relacji względem reprezentowanych oraz mechanizm autonomizowania się władzy jako wartości samej w sobie. Status, pozycja i przywileje, związane z władzą wynikającą z pełnienia, instytucjonalnie lub formalnie dookreślanych, ról, stają się tu zatem celem samym w sobie, obiektem pożądania i

ambicjonalnych snów o posiadaniu przewagi nad innymi; stają się sposobem na zdobycie pozycji i własnego poczucia wartości oraz pewności;

- pełnienie ról związanych z reprezentowaniem innych może rodzić pokusę idealizowania swojej pozycji i roli w życiu innych oraz stawiania siebie ponad innymi; podnoszenia swej jaźni podmiotu indywidualnego do rangi uobecnienia (wcielenia i wyraziciela) jaźni podmiotu zbiorowego (przeświadczenie lub złudzenie, że moje pragnienia i sposoby myślenia są zarazem pragnieniami i sposobami myślenia, które przejawiają lub przejawiać powinni wszyscy inni). W ramach różnych relacji reprezentacji możemy też wskazać na określone typy osobowe, które są uobecnieniem takich form uzurpacji. Skrajnym postaciami są: *typ tyrana* (*despotia* społeczna; polityczna), *typ guru* (*despotia* religijna; środowiskowa), *typ „wodza”* (*despotia* rodzinna; plemienna), *typ herszta* (*despotia* mafijna, przestępcza). Te autorytarne postacie form reprezentacji traktować należy również jako wypaczenie faktycznych przejawów osobowego autorytetu i dążenie do tego, by nieustannie podtrzymywać złudzenia, że z autorytetem takim mimo wszystko mamy do czynienia.

Dialogiczny *casus* wycofania i partycypacji

Logika dążeń jednostkowych i dążeń wspólnotowych, zderzając się ze sobą, wyłania dialektyczną jakość tego, co dialogiczne, nie zacierając jednak różnic wynikających z natury odmiennych dążeń oraz teleologicznego horyzontu każdego z tych dążeń. W obrębie logiki każdego z tych dążeń mamy do czynienia ze swoistą pokusą znoszenia i neutralizowania tego, co naprzeciw. Dla jednostki pokusą taką jest wycofanie się z partycypowania w tym, co wspólnotowe, a dla wspólnoty pokusą taką stanowi roszczenie totalności – chęć uniformizacji dążeń i aspiracji oraz wyłączenia jednostki z jej indywidualnych sposobów postrzegania i przeżywania otaczającej rzeczywistości. W ramach swoistej dialogiki tego, co jednostkowe i wspólnotowe przyjąć należy zatem, że to, co jednostkowe wyraża się w przekraczaniu granic ambiwalencji wobec tego, co wspólnotowe, a to co wspólnotowe nie narusza granic swoistości bycia jednostki, zaś odrzuca roszczenie uniformizacji ontologicznej różnicy i odmienności tego, co indywidualne. Napięcie między racjami wycofania i partycypacji określa tym samym swoistość konstytuowania się specyficznie dialogicznych interakcji i interpersonalnych relacji.

Zarówno możliwość wycofania (a zatem zachowania dystansu, autonomii, prywatności, niezależności), jak i partycypacji (czyli uczestnictwa, współdziałania, pełnienia określonych ról określających sposoby naszej współzależności i powiązań) są czymś, co stanowi o pełnomocności i podmiotowości człowieka. Każda z tych racji, na inny sposób, buduje jednak

ową pełnomocność i podmiotowość dialogicznego sposobu bycia. Wycofanie oznacza tu bowiem zdolność do budowania świata własnych uzasadnień i sposobów wartościowania otaczającej rzeczywistości; prawo do posiadania własnych myśli i sądów oraz preferencji – sympatii i antypatii; prawo do bycia sobą na miarę siebie. Jednostka pozbawiana tego prawa, poddana presji ulegania powszechnie uznanym kierunkom rozumowania, sądom i preferencjom jest bowiem zagrożona roszczeniem uniformizmu i totalności. Z kolei partycypacja oznacza zdolność do wykraczania poza to co własne, oswojone percepcyjnie i preferencyjnie. To gotowość do rezygnacji z czegoś, z czego tylko my sami możemy zrezygnować w akcie autonomicznego wyboru, wkraczając w przestrzeń styczności z drugim człowiekiem i wypracowując określone postacie współbycia i współdziałania.

Owe wkraczanie w przestrzeń styczności z drugim człowiekiem zawsze pociąga za sobą konieczność rezygnacji z czegoś, co jest nam właściwe; wymaga ustępstw i konsensusów. Relacja, w której zawsze wszystko i pod każdym względem dzieje się po naszej myśli z natury nie może być dialogiczna, bo taka sytuacja oznacza, że druga strona relacji zostaje zdominowana, a zatem zmuszana do przyjmowania naszych punktów widzenia, odczuć i preferencji. Dialogiczność oznacza więc nie tylko prawo do obrony własnych pozycji i praw, ale, w jeszcze większym stopniu, szacunek dla pozycji i praw innych. Dialogiczna partycypacja zakłada tym samym nie tylko przejawianie określonych oczekiwań wobec innych, ale w tej samej mierze poddanie się oczekiwaniom innych; oznacza być na takich samych prawach, jak inni, bez zawołowanych roszczeń i pretensji do podporządkowywania sobie innych z pozycji własnych wyobrażeń i preferencji.

Zaprzeczeniem konstruktywnych przejawów partycypacji jest zatem zarówno to, gdy arbitralnie narzucamy lub forsujemy za wszelką cenę w ramach określonych form współbycia i współdziałania własne reguły oraz swoją przewodnią rolę, jak również to, gdy przejawiamy indyferencję oraz ambiwalencję wobec owej dialogicznej przestrzeni styczności (współbycia i współdziałania) poprzez przyjmowanie postaw całkowitego separatyzmu i izolacjonizmu. Co więcej, przyjęcie również można, że takie dwa rodzaje postaw często mogą być przejawiane przez ten sam podmiot działania i paradoksalnie są wyrazem tych samych nastawień, będących zaprzeczeniem dialogicznego sposobu bycia. Nastawienia te wyrażają się bowiem w naturalistycznej strategii silniejszego i słabszego (dominującego i zdominowanego, narzucającego i podporządkowanego). W tej 0-1 logice nie ma miejsca na jakości pośrednie, określane przestrzenią styczności podmiotów ścierających się i nawzajem ustępujących w swoich formach współbycia i współdziałania. Zgodnie z zerojedynkową logiką (mentalnością,

sposobem bycia i stylem działania) można odgrywać tylko dwie grupy ról: wygranego lub przegranego, mentora lub outsidera, „wodza” albo banity.

Dialogiczny *casus* (auto)afirmacji i (auto)marginalizacji

Przyjąc należy również, że zdolność do afirmacji innych wiąże się zarówno z umiejętnością (auto)afirmacji, jak i swoistej (auto)marginalizacji. W pierwszym przypadku, (auto)afirmacja wyraża się w urzeczywistnianiu siebie na miarę własnych preferencji i aspiracji – sposobów postrzegania i przeżywania otaczającego świata oraz swojego w nim uczestnictwa; woli rozwoju własnych kompetencji osobowych i społecznych oraz potwierdzania własnej wartości jako podmiotu sprawczego. W drugim, (auto)marginalizacja przybiera postać woli ustępowania innym, poświęcania czegoś z siebie na rzecz wsparcia lub wypromowania innych; gotowości umniejszania swojej roli lub rezygnacji ze swoich uprawnień i prerogatyw w imię dowartościowania pozycji, roli i znaczenia innych. Jakościowe wymiary relacji interpersonalnej można zatem odczytywać z perspektywy tych dwóch specyficznych, a zarazem antynomicznych postaw i wynikających z nich racji działania. Dialogiczny zaś sposób bycia staje się jakością graniczną, rodzącą się na pograniczu i w wyniku napięcia między racjami (auto)afirmacji i (auto)marginalizacji.

Faktyczna relacja interpersonalna, odzwierciedlająca dialogiczne intencje, wymaga swoistego rodzaju minimum – afirmacji drugiego człowieka. Afirmacja ta wyraża się w gotowości współbycia lub współdziałania i opiera się na uznaniu, akceptacji, szacunku dla podmiotowej swoistości, indywidualności oraz autonomii drugiego człowieka. Akty afirmacji innych mają charakter egzystencjalny, tzn. że uwikłane są w „ekonomię” naszego własnego istnienia – bycia i działania. W tym znaczeniu jakościowe wymiary afirmacji innych są pochodną racji bycia i działania, które określone tu zostały mianem (auto)afirmacji i (auto)marginalizacji. Potrzeba (auto)afirmacji opiera się na założeniu (swoistym aksjomacie), że człowiek, by w ogóle mógł stanąć przed wyborem uznania lub nie uznania innego podmiotu relacji, najpierw musi mieć swój własny podmiotowy punkt wyjścia stwarzający możliwość współbycia lub współdziałania we wspólnej przestrzeni styczności.

Relacje człowieka z drugim człowiekiem zawsze przebiegają na jakiejś płaszczyźnie i w obrębie jakichś punktów odniesienia, np. zainteresowań, pracy, kompetencji, pozycji, przynależności, czy statusu. Na każdej z tych płaszczyzn jednostka zawsze zatem posiada jakiś własny „punkt wyjścia” i coś sobą reprezentuje, a zdolność do afirmacji innych w dużej mierze zależy właśnie od jakościowych postaci tychże reprezentacji. Każdy działa bowiem na miarę własnych, zinternalizowanych kompetencji osobowych, społeczno-kulturowych i

zawodowych a zatem rozległość jego doświadczenia, umiejętności i wiedzy określa w naturalny sposób przestrzeń jego styczności z drugim człowiekiem. W tym znaczeniu, np. dbałość o własny rozwój daje nadzieję na dostrzeżenie rangi wspierania rozwoju innych, posiadanie określonej wiedzy, daje podstawę do rozumienia problemów i dylematów, z którymi borykają się inni, pełnienie zaś określonych ról i profesji (np. lekarz, prawnik, aktor, nauczyciel, menadżer, pilot, czy wojskowy) wprowadza we wspólnotę branżowego doświadczenia mogącego być nieczytelnym i niezrozumiałym z pozycji osoby postronnej. Choć (auto)afirmacja nigdy nie jest naturalną drogą do afirmacji drugiego człowieka, to jednak jakościowe wymiary afirmacji innych opierają się na trudzie (auto)afirmacji i trudu tego bezwzględnie wymagają. W tym znaczeniu lekarz, prawnik, aktor, nauczyciel itd. będą tym lub tamtym na miarę i w obrębie tego, co sami się nauczyli i co umieją – na miarę własnych form reprezentacji.

Potrzeba (auto)marginalizacji (samoograniczenia, przyznania pierwszeństwa innym, rezygnacji z czegoś – własnych racji, rozwiązań, korzyści) wynika z natury ludzkiego istnienia i sposobów współistnienia podmiotów indywidualnych. Egzystencjalne doświadczenie przestrzeni interpersonalnej styczności, z mniejszym lub większym natężeniem, wyłania obszary konfliktu racji i interesu podmiotów indywidualnych, które w swym współbyciu lub współdziałaniu uwarunkowane są wspólnotą czasu i miejsca. Te matryce uwarunkowań podmiotów indywidualnych z natury nie dają możliwości, by działać tylko w oparciu o rację (auto)afirmacji, ponieważ muszą one dzielić „przestrzeń”, znajdując miejsca balansu i równowagi pomiędzy tym, co własne i tym, co cudze, a zatem muszą przejawiać gotowość do aktów (auto)marginalizacji (ustępstwa i rezygnacji z czegoś). Każda forma (współ)bycia i (współ)działania wcześniej czy później wymaga zmierzenia się z obszarami rozbieżności, potencjalnie konfliktogennymi. (Auto)marginalizacja jako samoograniczenie, wyraża się tu w gotowości do rezygnacji z własnych racji i nastawień, a co za tym idzie przyjęcia postaw koncyliacyjnych. Co więcej, założyć można również, że wzajemne równoważenie się aktów (auto)afirmacji i (auto)marginalizacji w przestrzeni interpersonalnej styczności daje nadzieję na to, że racje (auto)afirmacji nie będą opierać się na postawach narcystycznych i konfrontacyjnych a racje (auto)marginalizacji nie będą uruchamiać mechanizmów bycia zdominowanym i wywłaszczonym z własnych podmiotowych pozycji.

Pedagogiczne intencje egzystencjalnych form reprezentacji

Fenomen różnych form współbycia ludzkiego, styczności i relacji interpersonalnej zawsze jest nam najpierw dany, a zatem uobecniony w przeżyciu i doświadczeniu, a dopiero później podlega różnym formom racjonalizacji, poznawczego rozpoznania oraz nadania mu określonych znaczeń i interpretacji. Relacji interpersonalnej nie da się zatem arbitralnie zadekretować, nadając jej znaczenia i rangi niezależnie od doświadczenia, w którym jest nam ona dana i przeżywana. Pozytywne lub negatywne przeżycia związane z doświadczeniem określonej relacji w naturalny sposób rodzą bowiem nasze oceny i intencjonalne działania w odpowiedzi na to, co pierwotnie zostało nam dane w doświadczeniu określonych typów odniesień, jakości i racji, wyrażających, np. szczerłość lub nieszczerłość, życzliwość lub nieżyczliwość, otwartość lub wsobność, elastyczność lub sztywność, spontaniczność lub wyrachowanie, współdziałanie lub rywalizowanie, koncyliacyjność lub konfrontacyjność, dążenie do partnerstwa lub dominacji.

Relacja związana z zależnością wychowawczą lub edukacyjną przede wszystkim łączy się też z doświadczaniem przez dziecko określonych form reprezentacji. W tym znaczeniu można przyjąć, że jednym z najgłębszych rysów zależności wychowawczej i edukacyjnej jaka zachodzi między opiekunem (rodzicem, wychowawcą, nauczycielem) a podopiecznym (dzieckiem, wychowankiem, uczniem) są określone formy reprezentacji. O reprezentacjach tych możemy mówić w potrójnym znaczeniu:

1. dorosły reprezentuje (unaocznia) pewien poziom własnych umiejętności życiowych i kompetencji społecznych (np. interpersonalnych, językowych, organizacyjnych, zawodowych, związanych z kulturą bycia);

2. dorosły reprezentuje (odzwierciedla) świat dorosłych, jego zasady, prawidłowości i dążenia (np. odzwierciedlanie zasad społecznego współżycia, standardów i aspiracji kulturowych);

3. dorosły jest reprezentantem (przedstawicielem) spraw dziecka przed światem dorosłych i w kontekście form życia społecznego (np. występuje jako opiekun prawny i w zastępstwie podejmuje kroki prawne, wykonuje czynności związane z ochroną zdrowia dziecka, występuje w imieniu dziecka przed placówką oświatowo-edukacyjną).

W pierwszym przypadku reprezentacje stają się źródłem wzorców osobowych będących pierwotnym punktem odniesienia dziecka w ramach procesów naśladownictwa osób socjalizująco znaczących. W drugim przypadku dorosły jako reprezentant świata dorosłych wprowadza dziecko w sposoby społecznej i kulturowej partycypacji, dostarczając mu określonych wzorów i matryc myślenia. W trzecim przypadku dorosły występuje w imieniu

dziecka, pośredniczy w różnych formach uczestnictwa dziecka w życiu społecznym lub działa w jego zastępstwie, podejmując określone czynności w celu zabezpieczenia jego dobra.

Zauważyć należy również, że ostatnia z wyróżnionych form reprezentacji w sposób szczególnie eksponuje dialogiczną naturę/sens/istotę tego, co pedagogiczne. Dorosły w swych formach reprezentacji, pośrednicząc lub występując w zastępstwie, staje się przeciwwagą dla nierównorzędności relacji dziecka ze światem zewnętrznym, inicjując kontakt, który w miarę osobowego rozwoju będzie podlegał autonomizowaniu się. W ten sposób dorosły pozwala oswajać się dziecku z formami życia społecznego, ze światem relacji interpersonalnych i społecznych, dziedzictwem historycznym i kulturowym, a zatem elementami doświadczenia, które na określonym etapie życia dziecka przerastają je w swej rozległości i ogólności.

Można zatem powiedzieć, że kategoria reprezentacji odzwierciedla najgłębsze sensy tego, co pedagogiczne – konstruktywne i sprawcze dla osobistego rozwoju oraz przystosowania społecznego dziecka. Różne formy reprezentacji wyłaniają również problem deficytów intencji pedagogicznych, które im przynależą lub ich pozorność, a zatem niepedagogiczność określonych reprezentacji. Dorosły zawsze bowiem reprezentuje to, co jest wychowawczym punktem dojścia dziecka, a zatem świat dorosłych i konstytuujące go doświadczenie, wiedzę, umiejętności oraz sposoby reagowania na otaczający świat. Co więcej, reprezentuje dziecko przed światem, będąc jego rzecznikiem i opiekunem, tym który występuje w imieniu dziecka, ze względu na jego nierównorzędną pozycję w świecie dorosłych lub brak doświadczenia, wiedzy i umiejętności, niezbędnych do ochrony własnego dobra lub urzeczywistniania własnych możliwości rozwojowych.

Podsumowanie

Sformułowany w tytule problem posiada wartość refleksyjną i wyraża się w autorskiej próbie przybliżenia specyficznego „ruchu myśli”, który naprowadza na to, w czym dialogiczność jako swoista postawa egzystencjalna się wyraża, co ją neutralizuje lub jest jej całkowitym zaprzeczeniem. Dialogiczność pociąga bowiem za sobą swoisty sposób postrzegania i rozumienia sensu tego, co własne i cudze, wewnętrzne i zewnętrzne. To logika porządkowania interpersonalnych stanów rzeczy oraz wywiązujących się między nimi zależności i powiązań, które w tej samej mierze określają możliwość posiadania siebie (własnego indywiduum), jak i wykraczania poza siebie ku innym (gotowości do działania na rzecz innych i w imieniu/zastępstwie innych). W tym znaczeniu można wyróżnić podstawowe typy reprezentacji (reprezentowanie siebie i reprezentowanie innych) oraz ich jakościowe wymiary (niski lub wysoki współczynnik nasycenia treścią i pełnią owych form

reprezentacji). Podejmując dialogiczny problem form reprezentacji można również wskazać na różne specyficzne prawidłowości, swoiste „algorytmy” świata ludzkich relacji, zgodnie z którymi rozgrywają się „sprawy ludzkie” oraz specyficzne *casusy* określające dialogiczną przestrzeń międzypodmiotowych relacji.

Agnieszka Dziekan

Komunikacja w pracy fizjoterapeuty¹

ABSTRAKT

Artykuł dotyczy komunikacji w pracy fizjoterapeuty. Najpierw zaprezentowane zostało zagadnienie komunikacji jako takiej. Wyróżnione zostały takie jej aspekty, jak: nadawca, odbiorca, kod, interakcja i inne. W procesie komunikacyjnym podkreślona została rola wyobraźni, poglądów, przesądów, schematów myślowych itp. mających wpływ na jakość komunikacji. W artykule rozważone zostały także dwa podstawowe aspekty komunikacji – werbalna i niewerbalna. Następnie podjęte zostały następujące problemy: zasady etyczno-kulturowe w komunikacji, rola autonomii w relacji pacjent-fizjoterapeuta, nastawienie pacjenta do fizjoterapeuty i do własnej choroby oraz nastawienie fizjoterapeuty jako członka personelu medycznego do pacjenta. W dalszej części artykułu komunikacja została omówiona jako tytułowe narzędzie terapeutyczne w pracy z pacjentem. Na koniec wymienione i omówione zostały najważniejsze bariery i błędy komunikacyjne.

1. Natura komunikacji

Sięgając do genezy słowa *komunikacja*, które wywodzi się z języka łacińskiego, znaleźć można następującą definicję: *communicatio* – dzielenie się czymś z kimś, dopuszczanie kogoś do udziału w czymś, wzajemną wymianę czegoś².

Z uwagi na ogromną wieloznaczność pojęcia, warto wspomnieć o definicji łacińskiego słowa *communicare*, które oznacza czynić wspólnym, udzielać czegoś, dawać coś, dopuszczać do udziału, włączać, ale i naradzać się, udzielać wiadomości w jakiejś sprawie³. Innymi słowy komunikacja jest swoistą relacją, która tworzy się pomiędzy osobami w wyniku wymiany pewnych znaków.

¹ Artykuł jest wersją fragmentu pracy magisterskiej zatytułowanej *Komunikacja jako narzędzie terapeutyczne w fizjoterapii* obronionej na WNZ UJ CM w październiku 2014 roku.

² K. Zieliński, *Wzorzec relacji terapeutycznych w perspektywie filozofii spotkania*, „Postępy Rehabilitacji” 2005, nr 1, s. 16.

³ Zob. *Językowe, psychologiczne i etyczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem*, red. M. Kącka, Warszawska Drukarnia Internetowa PAN, Warszawa 2007.

W komunikacji można wyróżnić: nadawcę (podmiot), kod-przekaz oraz odbiorcę⁴. Jak słusznie zwraca uwagę Roman Jakobson, by komunikat stał się efektywny musi być zastosowany do kontekstu zrozumiałego dla odbiorcy oraz musi dać się zwerbalizować.

W akcie komunikacji potrzebny jest również pewien kod całkiem lub chociaż w części znany zarówno nadawcy (kodującemu), jak i odbiorcy (dekodującemu). By dopełnić cały przekaz, pomiędzy osobami musi istnieć kontakt – swego rodzaju fizyczny i psychiczny związek umożliwiający zainicjowanie i kontynuowanie komunikacji⁵.

Komunikacja jest podstawą tworzenia relacji zarówno z innymi, jak i z samym sobą. Uważa się, że poprawne komunikowanie z samym sobą jest podstawą poprawnej komunikacji z innymi⁶. Porozumiewanie się z innymi jest zaś możliwe dzięki zachowaniom takim jak: słuchanie, mówienie, patrzenie i dotykane⁷. Jednak bez wzajemnej chęci przekazu informacji, bez przekonania o życzliwości rozmówcy, bez aktywności i zaangażowania obu stron, proces komunikacji staje się jałowy albo wręcz niemożliwy.

Ujmując komunikację jako pewien proces, warto mieć na uwadze fakt, że poszczególne elementy przekazu wciąż na nowo się przeplatają, wzajemnie się interpretują, tworząc nowe jakości⁸. Tworzenie komunikatu następuje w świecie wewnętrznym nadawcy, przechodzi przez świat zewnętrzny, czyli tzw. przestrzeń publiczną, by dojść do świata wewnętrznego odbiorcy. To, co uda się ująć nadawcy w słowa, gesty, to, co on „poda” w przestrzeń, zbuduje informację „w głowie” odbiorcy. Będzie ona jednak zniekształcona poprzez poglądy osobiste,

⁴ Zob. Tamże.

⁵ R. Jakobson, *W poszukiwaniu istoty języka*, red. nauk. i wstęp Maria Renata Mayenowa, t. 2, przeł. PIW, Warszawa 1989, s. 81.

⁶ J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko, *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*, Astrum, Wrocław 2000, s. 13, 23.

⁷ Zob. Tamże.

⁸ Zob. Tamże.

intencje, różne indywidualne wyobrażenia – nigdy nie będzie to dokładnie taki sam komunikat, jaki powstał w umyśle nadawcy⁹.

Przekazanie jednej informacji może zostać inaczej zrozumiane przez różnych ludzi, poprzez odmienne okoliczności czy choćby inny nastrój towarzyszący nadawcy bądź odbiorcy. Według Johna Stewarta komunikacja interpersonalna jest kontaktem, który wciąż się „wydarza” dopóki tylko odbiorca i nadawca pozostają w pewnej relacji. Traktując komunikację jako akcję, zapominamy o sprzężeniu zwrotnym. Dopiero ujęcie jej jako interakcji, daje nam pogląd na proces wpływu wzajemnego. Po to, aby komunikat werbalny mógł zostać jednakowo zrozumiany przez rozmówców, potrzebują oni wspólnego obszaru słów – wspólnego słownika. Rozmawiając, buduje się informacja i nadawane jest jej znaczenie¹⁰.

W trakcie komunikowania się mamy do czynienia z innym wyobrażeniem osoby niż na początku rozpoczęcia kontaktu. W wyniku wymiany poglądów, odbierania sygnałów, informacji od drugiej osoby, interpretowania wyrażonych przez nią myśli czy emocji, w naszym umyśle buduje się nowy obraz osoby. Wniosek: komunikacja jest również „budującym osobę” procesem, który wpływa na to, kim jesteśmy dla innych, w oczach innych i według nas samych¹¹. Komunikacja interpersonalna posiada dwa podstawowe aspekty: werbalny i niewerbalny. W procesie komunikowania występują one razem, przenikają się wzajemnie. Im spójniejsze będą oba rodzaje komunikatów wysyłane przez nadawcę, tym większe odbiorca będzie mieć przeświadczenie o szczerości intencji

⁹ Zob. J. L. Austin, *Mówienie i poznawanie – rozprawy i wykłady filozoficzne*, przeł. B. Chwedeńczuk, PWN, Warszawa 1993.

¹⁰ Zob. J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko, dz. cyt.

¹¹ Zob. *Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej*, red. J. Steward, przeł. J. Suchecki, P. Kostyło, J. Kowalczevska, J. Rączaszek, A. Kochańska, J. Doktor, PWN, Warszawa 2012.

rozmówcy, poprawności komunikatu a samo porozumienie się będzie precyzyjne i trafne.

2. Komunikacja werbalna

Komunikacja werbalna jest komunikatem przekazywanym słownie w celu porozumienia się. Komunikat ten może zostać nadany ustnie (oralnie) – przez słowo mówione, bądź nieoralnie poprzez słowo pisane¹².

Język możemy rozpatrywać jako system symboli, jako rodzaj aktywności bądź, jak określa to Stewart, jako „rodzaj zupy” – mieszanki kultury, kontekstu, ról społecznych definiującej sposób, w jaki mówimy¹³. Analizując język jako system symboli, musimy mieć na uwadze, że słowo wypowiedane reprezentuje jakąś „częstkę” rzeczywistości pozajęzykowej. Mimo, że taka analiza jest dużym uproszczeniem języka, uwrażliwia na wiele problemów, jakie wynikają z różnych możliwości używania słów. Jednocześnie należy pamiętać, że to samo słowo niekoniecznie oznacza „zawsze” to samo, gdyż znaczenia słów zmieniają się w zależności od kontekstu rozmowy. Ważną kwestią jest też często popełniany błąd reifikacji – urzeczowiania. Pojawia się, gdy zapominamy, że „słowo nie jest rzeczą”, nadajemy etykiety procesom bądź abstrakcjom, a później traktujemy je jako rzeczy. Konsekwencją tego zjawiska jest m.in. etykietowanie – kiedy klasyfikujemy kogoś/coś według uproszczonego schematu, przypisując mu jedno ogólne słowo czy symbol, a później reagujemy na szczególny dobór wyrazu zamiast na rzecz, którą słowo reprezentuje¹⁴. Jednakże nie możemy rozpatrywać języka jedynie jako systemu złożonego z symboli, gdyż, w większości wypowiedzi, odbieramy i przetwarzamy całość przekazu, a nie pojedyncze jego elementy.

¹² Zob. Tamże.

¹³ Zob. Tamże.

¹⁴ Zob. Tamże.

Język to rodzaj aktywności działania. Warto zwrócić uwagę na tzw. performatywy¹⁵. W takim ujęciu słowa nie zawsze będą jedynie symbolem, a stanowić będą działanie np. poślubienie, nazwanie np. statku, pozdrowienie, obiecywanie, zakładanie się, itp. Podczas wypowiedzania danego słowa, zdania zachodzi pewna czynność¹⁶. Aby jednak była ona możliwa, to potrzebne są odpowiednie okoliczności. Będąc świadomym takiego ujęcia języka, warto pamiętać o odpowiedzialności, jaką niesie używanie słów.

Przebywając wśród osób, które mówią innym językiem, człowiek ma poczucie pewnej alienacji. Nie może być w pełni sobą, nie może wyrazić swoich opinii, poglądów, nie może być niezależny, gdyż ogranicza go bariera językowa. Oczywiście nie uniemożliwia to komunikacji z obcojęzycznym rozmówcą, jednak jest ona niepełna i ograniczona. Podobnie rozmawiając z osobą odmiennego zawodu, która fachowymi terminami będzie objaśniać zawilości danej kwestii - wówczas odbiór komunikatu będzie dla nas nie do końca zrozumiany, jeżeli wykonujemy inny zawód lub mamy inne wykształcenie. Ludwig Wittgenstein ujął to przemyślenie w zdaniu: „Granice mego języka oznaczają granice mego świata”¹⁷. Prowadzenie rozmowy wymaga przestrzegania pewnych schematów i reguł, jednocześnie warto mieć na uwadze, że improwizacja jest równie ważna, gdyż ujawnia ona elastyczność nadawcy.

Warto postrzegać język jako nieustannie zmieniający się proces twórczy, za pomocą którego można, w zależności od celu, manipulować i dostosowywać się do sytuacji.

Ze względu na swoje cele, wypowiedzi spełniają następujące funkcje:

¹⁵ J. L. Austin, dz. cyt., s. 545-708.

¹⁶ Zob. M. Cieśliński, D. Drabarek, *Skuteczność interakcji mgr fizjoterapii-pacjent w opinii prywatnych i państwowych placówek służby zdrowia*, „Fizjoterapia” 2010, nr 18 (4), s. 49-59.

¹⁷ L. Wittgenstein, *Tractatus Logico-Philosophicus*, [w:] *Filozofia współczesna*, red. Z. Kuderowicz, t. 2, Wiedza Powszechna, Warszawa 1990 (5.6).

- skierowane są na przekaz informacji – funkcja informacyjna;
- nakierowane są na wytworzenie nowego stanu rzeczy – funkcja performatywna;
- wyrażają emocje nadawcy - funkcja ekspresywna;
- wpływają na odbiorcę – funkcja impresywna:
 - chęć wywołania pewnego działania odbiorcy – rozkazy, prośby, dyrektywy, pytania;
 - chęć wpłynięcia na stan emocjonalno-mentalny odbiorcy – manipulacje, perswazje, inne wypowiedzi wywołujące stany emocjonalne lub mentalne odbiorcy;
- nakierowane są na kontakt z odbiorcą – funkcja fatyczna;
- tworzą i formułują myśli – funkcja kreatywna¹⁸.

Do technik poprawiających komunikację werbalną należą¹⁹:

- powtarzanie
Poprzez powtórzenie myśli, wyrażenia bądź kluczowego słowa wypowiedzianego przez rozmówcę, zachęcamy go do dalszej opowieści, do rozszerzenia jej, pokazujemy zaniepokojenie i zaangażowanie w rozmowę.
- wyjaśnianie
Parafrazując wypowiedź rozmówcy, można zasygnalizować, czy jego przekaz został przez nas właściwie odczytany. Metoda ta pozwala nadzorować „tor” procesu porozumiewania się. Pozwala upewnić się, że wysłany komunikat został poprawnie odczytany przez odbiorcę.
- podsumowanie

¹⁸ Zob. *Językowe, psychologiczne i etyczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem*, dz. cyt.

¹⁹ E. Więckowska, *Znaczenie komunikacji niewerbalnej lekarza w kontakcie terapeutycznym*, „Zdrowie Publiczne” 2008, 118(4), s. 462-467.

Podczas długiej, zawilej i szczegółowej wypowiedzi, odbiorca może w kilku zdaniach podsumować odebrany komunikat, wyciągnąć z niego wnioski i pokazać zaangażowanie w rozmowę.

3. Komunikacja niewerbalna

Pojęcie komunikacji niewerbalnej często jest zastępowane synonimem „mowa ciała”. Można je definiować, zgodnie z nazwą, poprzez antonim komunikacji werbalnej – jako sygnały pozbawione słów czy dopełniające słowa, jednakże z zastrzeżeniem, iż znaczenia nie są zawarte w samych sygnałach, a są im przypisywane przez osoby je odbierające²⁰. Komunikat werbalny wraz z komunikacją niewerbalną, nadawaną i odbieraną na wszelkich kanałach niewerbalnych, (audialnym, wizualnym, dotykowym, smakowym i węchowym), tworzy całość ekspresyjnego i interpretacyjnego obszaru interakcji w procesie porozumiewania się.

Komunikaty niewerbalne wytwarzane są równoległe do werbalnych i stanowią pewien schemat zachowania jednostki, dzięki któremu wypowiedź nadawcy staje się pełniejsza i czytelniejsza dla odbiorcy. Słuchając tego, co dana osoba mówi, musimy zwrócić uwagę na sposób wypowiedzania się oraz na jego kontekst²¹. Dlatego kluczem do komunikacji niewerbalnej staje się spójność²². Zachowania niewerbalne dzielone są na związane z samą formą wypowiedzi (wokalika), wszelkimi współruchami towarzyszącymi wypowiedzianiu się (kinetyka) oraz na posiadające pośrednie powiązania z interakcją, mianowicie wygląd fizyczny, sposób wykorzystania czasu, zapach, rumieńce, łzy w oczach, obiekty fizyczne i uporządkowanie ich wokół rozmówcy²³.

²⁰ Zob. R.H. Parry, K. Brown, *Teaching and learning communication skills in physiotherapy: What is done and how should it be done?* "Physiotherapy" 2009, nr 95, s. 294-301.

²¹ Zob. K. Zieliński, dz. cyt.

²² Zob. R.H. Parry, K. Brown, dz. cyt.

²³ Zob. *Mosty zamiast murów*, dz. cyt.

Wokalika obejmuje wszelkie modulacje wypowiedzianych przez rozmówcę słów wchodzące w skład czynników wokalicznych, czyli:

- barwę głosu;
- tempo mowy;
- rytmiczność;
- wysokość głosu;
- głośność wypowiedzianych słów;
- czas trwania wypowiedzianych głosek;
- artykulację;
- czas latencji odpowiedzi;
- znaczące pauzy, wahania;
- dialekty, regionalizmy;
- ziewnięcia;
- odchrząknięcia.

Kinezyka odnosi się do:

- mimiki – rodzajów wyrazu twarzy, napięcia mięśni mimicznych;
- spojrzeń – strony, w którą patrzy mówiący, częstości i intensywności kontaktu wzrokowego, warunków towarzyszących zmianie spojrzenia;
- proksemiki – posługiwania się dystansem fizycznym i przestrzenią;
- hapyki – zachowań dotykowych;
- pozycji i ruchów głowy;
- współruchów kończyn, dłoni, bioder, torsu i ich położenia w przestrzeni podczas wypowiedzi;

- ogólnej postawy ciała i jej zmian w trakcie rozmowy;
- kierowania głowy i ramion względem rozmówcy.

Zachowania niewerbalne są nierozłącznie wplecione w wypowiedź, przez co zarówno nadawca, jak i odbiorca zostają w nie zaangażowani od momentu spotkania i rozpoczęcia kontaktu, zanim padnie pierwsze słowo. Funkcjonalne znaczenie niewerbalnej komunikacji zależy od celów, trafności i skuteczności przekazu komunikatu. To właśnie czynniki niewerbalne determinują znaczenie wypowiedzi w kontekście interpersonalnym. Uważa się, że nie więcej niż 30-50% znaczenia interakcji przekazywane jest werbalnie (Birdwhistell 1970). Mehrabian (1968) oszacował, że aż w 93% efekt przekazu zależy jest od komunikatów niewerbalnych, natomiast po analizach statystycznych badań w 1983 Philpott zasugerował, że około 2/3 znaczenia odbieranego komunikatu przypisuje się zachowaniom niewerbalnym²⁴.

Ważną przesłanką za podkreśleniem wagi komunikatu niewerbalnego jest fakt, że emocje czy uczucia przekazuje się dokładniej mową ciała, a nie słowami. Zachowania niewerbalne są stabilnymi i solidnymi wskaźnikami stanów emocjonalnych komunikujących się osób. Warto zwrócić uwagę na fakt, że słowami łatwiej manipulować, natomiast zachowanie nie podlega świadomości w tak dużej mierze. Najwięcej bodźców odbieramy zdecydowanie zmysłem wzroku, co mogłoby potwierdzać postawienie 'wyrazu twarzy' na piedestale ważności przekazywanych sygnałów. Zaraz po nim plasuje się ton głosu, natomiast słowa – ich znaczenie i dobór, są najmniej istotne. Komunikacja niewerbalna ma również ogromne znaczenie w przekazywaniu sugestii, gdyż jest niejednokrotnie dwuznaczna, jednocześnie pociągając za sobą mniejsze konsekwencje od sugestii werbalnej. Ważnym aspektem mowy

²⁴ P.R. Mayerscough, M. Ford, *Jak rozmawiać z pacjentem*, przeł. S. Pikiel, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001, s. 63.

ciała jest jej uwarunkowanie kulturowe. Według Dale G. Leathers sygnały niewerbalne używane są w celu²⁵:

- przekazania informacji;
- wyrażania emocji;
- regulowania interakcji;
- tworzenia metakomunikacji – czyli wykorzystania przekazów niewerbalnych do dopełnienia, określenia, poszerzenia bądź zaprzeczenia przekazów słownych;
- nadawania kształtu i kierowania wrażeniami;
- kontrolowania sytuacji społecznych – wpływania bądź zmiany zachowania współ rozmówcy.

Inne źródło dodaje, że używanie niewerbalnej komunikacji stosowane jest w celu komunikowania postaw interpersonalnych oraz dodania innej drogi komunikatu przekazywanego kanałem werbalnym, który często jest przepelniony słowami, a nie zawsze zrozumiały²⁶. Sygnały niewerbalne uzupełniają bądź wzmacniają informację przekazywaną werbalnie, jednakże same z siebie również dostarczają swoistych informacji. Dzięki mowie ciała towarzyszącej wypowiedzi, można uzyskać komunikat na temat samooceny nadawcy, jego tożsamości społecznej, postawy czy skłonności do określonych zachowań, ale także odczuć względem współ rozmówcy. Umiejętność świadomego monitorowania komunikatów niewerbalnych poprzez kierowanie kształtowanym wrażeniem i dostarczanie odbiorcy w dużej mierze kontrolowanych znaków, może zostać przez nadawcę użyte do osiągnięcia własnych celów komunikacyjnych. Po to, by jednak podejmować próby manipulowania mową ciała, należy zrozumieć istotę komunikacji niewerbalnej i dogłębnie przeanalizować każdy jej element, jednocześnie pamiętając o rozwoju tzw. inteligencji społecznej. Archer

²⁵ Zob. Tamże.

²⁶ Zob. J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko, dz. cyt.

(1980) określa ją jako umiejętność dokonywania trafnej interpretacji zachowania człowieka, cech charakterystycznych dla takiego działania, natury relacji z innymi a także analizy odczuwanych przez drugą osobę emocji²⁷.

4. Warunki komunikacji

4.1. Zasady etyczno–kulturowe w komunikacji

Zanim dojdzie do aktu komunikacji, pomiędzy osobami uczestniczącymi w osiągnięciu porozumienia, muszą być respektowane pewne ogólnie przyjęte zasady etyczno-kulturowe. Należą do nich nie tylko osobiste wartości moralne, wychowanie czy przekonania, ale również określone przez prawo zasady współżycia społecznego czy też normy społeczne. Dla pracowników medycznych ich źródłem jest przede wszystkim Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, kodeksy etyczne poszczególnych zawodów medycznych oraz odpowiednie akty prawne.

W wypadku fizjoterapeutów jest to Kodeks Etyczny Fizjoterapeuty Rzeczypospolitej Polskiej - dokument określający ogólne zasady etyki obowiązujące fizjoterapeutów podczas wykonywania działalności zawodowej oraz różne ustawy, o których mowa będzie poniżej.

Status pracownika służby medycznej rodzi konieczność przestrzegania zasad etycznych w relacjach z pacjentami, ich bliskimi, współpracownikami i przełożonymi oraz przedstawicielami samorządu. W niniejszym artykule przedmiotem analizy są przede wszystkim normy etyczne w relacji fizjoterapeuty z pacjentem.

Kodeks Etyczny Fizjoterapeuty Rzeczypospolitej Polskiej podaje: „Art.1. Zasady etyki zawodowej fizjoterapeutów jednoznacznie wynikają z zasad etycznych, prawidłowego współżycia i postępowania ludzi w stosunku do siebie i do otaczającego świata, nakazują

²⁷ Zob. P.R. Mayerscough, M. Ford, dz. cyt.

przestrzeganie praw pacjenta oraz dbanie o wysoki status wykonywanego zawodu²⁸. Kodeks ten uwrażliwia fizjoterapeutów na stawianie dobra człowieka ponad wszystkie dobra, co również znajdziemy w Kodeksie Etyki Lekarskiej, który podaje, że „najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego”²⁹. Kodeks dla zawodu fizjoterapeuty wyraźnie podkreśla również potrzebę tolerancji i świadczenia usług fizjoterapeutycznych niezależnie od m.in. pochodzenia, światopoglądu, rasy, narodowości orientacji seksualnej czy względów politycznych³⁰.

W artykule 19 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 roku wymienione są prawa pacjenta, między innymi prawo do poszanowania godności i intymności podczas udzielanych świadczeń zdrowotnych. Wiele zabiegów czy usług fizjoterapeutycznych wiąże się z obnażeniem ciała bądź jego części, dlatego terapeuta zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjenta. Zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta i higienicznych warunków prowadzonej terapii regulowane jest prawnie poprzez Ustawę o Kulturze Fizycznej³¹.

Również świadome działanie na szkodę pacjenta, umyślnie źle prowadzona terapia jest w polskim prawie przestępstwem, a osoba dopuszczająca się takich czynów podlega regulacjom prawnym zgodnie z art. 156 oraz art. 157. Kodeksu karnego z dnia 6 czerwca 1997 roku³².

²⁸ Zob. *Kodeks Etyczny Fizjoterapeuty Rzeczypospolitej Polskiej*, Polskie Towarzystwo Fizjoterapii, Pabianice 2009; dostępny pod adresem: <http://zgptf2.linuxpl.info/files/kodeks.pdf> [data cytowania 15.11.2014]

²⁹ *Kodeks Etyki Lekarskiej* (tekst jednolity z dnia 02.01.2004 r. zawierający zmiany uchwalone dnia 20.09.2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, Warszawa 2004). Dostępny pod adresem: <http://www.pznamazowszu.ehost.pl/Kodeks%20Etyki%20Lekarskiej.pdf> [data cytowania: 13.11.2013]

³⁰ Zob. *Kodeks Etyczny Fizjoterapeuty Rzeczypospolitej Polskiej*, dz. cyt.

³¹ *Ustawa o Kulturze Fizycznej* z dnia 18 stycznia 1996r, Dziennik Ustaw 1996 nr 25 poz. 113. Dostępna pod adresem: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19960250113>, [data cytowania: 20.04.2014].

³² *Ustawa Kodeks Karny* z dnia 6 czerwca 1997 roku, Art. 156 i Art.157. Dostępna pod adresem: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19970880553>, [data cytowania: 20.04.2014].

4.2. Rola autonomii w relacji pacjent-fizjoterapeuta

Praca fizjoterapeuty nierozłącznie związana jest z przekraczaniem dystansu fizycznego między ludźmi. Terapia związana z dotykiem, czyli masaż, terapia manualna czy inne techniki wymagające kontaktu fizycznego terapeuty z pacjentem są zawsze wejściem w obręb osobistej przestrzeni, którą jest dla każdego z nas nasze ciało. Jak słusznie ukazuje to Zbigniew Szawarski: „Moje ciało jest niejako moim własnym suwerennym terytorium, które podlega mojej i tylko mojej kontroli”³³. Dlatego w pracy fizjoterapeuty niezmiernie ważne jest okazanie szacunku dla autonomii i suwerenności cielesnej drugiej osoby.

Autonomia człowieka określana jest jako przynależne jednostce pełne prawo do siebie samego, innymi słowy prawo własności wobec siebie samego. „Zasada autonomii pacjenta jest jedną z najsilniej podkreślanych zasad współczesnej etyki medycznej”³⁴. Dowód tego stwierdzenia znaleźć można m.in. w KEL, w którym podkreślony został obowiązek lekarza w zakresie respektowania praw pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia. Obowiązek ten powinien być również uwzględniony przez fizjoterapeutę prowadzącego terapię – pacjent ma prawo wiedzieć, dlaczego terapia prowadzona jest w określony sposób oraz ma prawo świadomie uczestniczyć w jej ewentualnej modyfikacji, tak by była ona dobrana indywidualnie do jego potrzeb.

Poszanowanie dla autonomii człowieka poddawanego terapii przejawia się w uznaniu prawa pacjenta do niejednorodnych poglądów i motywacji, ale również w pomocy pacjentowi w przezwyciężaniu lęku i niepewności dotyczącej skuteczności terapii³⁵. Zlekceważenie

³³ Z. Szawarski, *Godność człowieka rehabilitowanego*, „Postępy Rehabilitacji” 2000, t. 14, z. 4, s. 77-84.

³⁴ M. Nowacka, *Filozoficzne podstawy zasady autonomii pacjenta*, Probl Hig Epidemiol 2008, 89(3), s. 326-329.

³⁵ A. Włoszczak – Szubzda, M.J. Jarosz, *Pacjent – choroba – medyk. Znaczenie i role komunikacji*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2011, t. 17, nr 2, s. 105-110.

autonomii pacjenta, zignorowanie jego prawa do samostanowienia to pogwałcenie jego godności³⁶.

4.3. Nastawienie pacjenta do fizjoterapeuty i do własnej choroby

Uznanie określonego stanu biologicznego organizmu za chorobę wiąże się z szeregiem określonych reakcji. T. Parsons zwraca uwagę, iż zarówno zdrowie, jak i choroba są stanami podlegającymi ocenie i uznawanymi instytucjonalnie przez społeczeństwo, jego kulturę i strukturę³⁷. Choroba jest więc dla człowieka pewną zmianą jaka zachodzi w jego życiu rodzinnym, zawodowym i społecznym. Zaburzenie w zdrowiu rozciągnięte jest w czasie, kształtuje chorego i nigdy nie pozostaje procesem obojętnym dla chorującego oraz dla ludzi i środowisk, z którymi się on styka³⁸.

Według Parsonsa choroba jest typem roli zinstytucjonalizowanej społecznie, co niesie za sobą pojawienie się określonych oczekiwań względem osoby chorej oraz warunków, jakie musi ona spełnić, by być uznawana za „chorą”³⁹. Zmiany zachodzą również w samym chorującym człowieku, stąd pacjenci przyjmują różne postawy w stosunku do swojej choroby oraz leczenia i terapii, jakiej są poddawani. Chory może traktować chorobę jako czynnik rozwijający jego dotychczasowe życie, jako nowe, wzbogacające doświadczenie.

Przeciwwagą dla takiej postawy chorego jest poddanie się stanowi choroby, rezygnacja z walki o zdrowie i powrót do codzienności sprzed niedomogi. W trakcie trwania procesu chorobowego, pacjent przejawia postawy altruistyczne i egoistyczne⁴⁰. Popielski dzieli je na

³⁶ Zob. Z. Szawarski, dz. cyt.

³⁷ *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, red. J. Barański, W. Piątkowski, Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław 2002, s. 75-81.

³⁸ Zob. K. Osińska, *Twórcza obecność chorych*, Instytut Wydawniczy PAX, 1983.

³⁹ T. B. Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000, s. 33-40.

⁴⁰ Zob. K. Osińska, dz. cyt.

twórczo-rozwojowe i rezygnacyjno-destrukcyjne⁴¹. W procesie chorobowym, po włączeniu diagnostyki i procesu leczenia, postawy te mogą ulegać modyfikacji. Chory przystosowuje się do choroby, przyjmując określone sylwetki:

- rezygnacyjno-pasywną – cechującą się całkowitą zależnością od personelu medycznego;
- projekcyjno-agresywną – wyrażającą się w podejrzliwości, złościwości, niechęci czy agresji wobec siebie, osób najbliższych bądź personelu medycznego;
- z tendencją do racjonalizacji choroby – cechującą się obroną przed dopuszczeniem faktu choroby do świadomości;
- postawę częściowej lub całościowej negacji choroby – która łączy się z trudnościami w przyjęciu bądź wręcz odrzuceniu diagnozy, form terapii, jak również faktu samej choroby;
- postawę reaktywno-walczącą – świadomość choroby przyjmuje dwojakie znaczenie: nadziei, że przybierze łagodną formę, oraz że podjęcie walki z chorobą da możliwość jej przezwyciężenia⁴².

Parsons podkreśla, że wejście w rolę chorego oznacza również akceptację konsekwencji, jaką jest uzależnienie chorego od pomocy innych, czyli zobowiązanie do jej przyjęcia i aktywnej współpracy z instytucjami bądź osobami pomagającymi chorym⁴³. Dla chorego ucieczka we własną nieomogę jest niejednokrotnie atrakcyjnym rozwiązaniem problemów niemożności sprostania oczekiwaniom i wymaganiom społeczeństwa. Konsekwencje choroby względem wcześniej pełnionych ról społecznych oraz pojawienia się nowej roli chorego, oznaczają

⁴¹ K. Popielski, *Psychologiczne aspekty doświadczenia schorzeń reumatycznych*, „Reumatologia” 2005, nr 43 (3), s. 160–165.

⁴² Zob. Tamże.

⁴³ Zob. *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, dz. cyt.

często ograniczenie bądź niemożność kontynuowania prowadzonego trybu życia, co również rzutuje na stany emocjonalne pacjenta⁴⁴. Stąd należy mieć na uwadze wszelkie czynniki określające zachowanie w chorobie i odpowiedzialne za proces wejścia w rolę chorego⁴⁵.

W kontekście teorii przywiązania zainicjowanej przez brytyjskiego psychiatrę Johna Bowlby'ego w latach 50. XX w., system przywiązania aktywowany jest najmocniej w warunkach dużego napięcia, do których niewątpliwie należy choroba. Analizując zachowania pacjentów właśnie pod tym kątem, okazuje się, że jedne osoby będą lepiej przystosowywać się do nowych wyzwań czy zmagać z problemami (m.in. poprzez otwartą komunikację) a inne przeciwnie⁴⁶. Wyróżnia się cztery typy przywiązania, którym przypisywane są charakterystyczne zachowania:

- typ zrównoważony – pacjent o takim typie przywiązania potrafi radzić sobie z przytłoczeniem emocjami związanymi z trudną i nową sytuacją choroby, poszukuje wsparcia oraz emocjonalnego kontaktu z osobami z otoczenia, takimi jak personel medyczny i rodzina;
- zaangażowany typ przywiązania – charakteryzuje ciągłe uskarżanie się pacjenta na swój stan, roszczenia, brak zdolności akceptacji sytuacji, wykorzystywanie choroby do manipulowania otoczeniem. Pacjent intensyfikuje negatywne doświadczenia celem uzyskania wsparcia, którego niedobór bądź całkowity brak dostępności odczuwa. Złotym środkiem w relacji z takimi pacjentami jest bycie przewidywalnym terapeutą – punktualnym, łagodzącym emocjonalne napięcie, udzielającym wsparcia, zanim pacjent się o to upomni – zapewniającym poczucie bezpieczeństwa;

⁴⁴ Zob. T.B. Adamczyk, dz. cyt.

⁴⁵ Zob. *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, dz. cyt.

⁴⁶ A. Klawiter, *Jak rozpoznajemy narzędzie? Hipoteza filozoficzno-kognitywistyczna*, dostępny pod adresem: <http://www.staff.amu.edu.pl/~klawiter/narzedzia.pdf>, [data cytowania: 15.04.2014]

- typ bojaźliwy – osoby z takim przywiązaniem demonstrują brak potrzeby wsparcia społecznego, równocześnie mając wysoki poziom napięcia emocjonalnego. Zwiększają one dystans do innych osób celem uniknięcia frustracji, posiadają niską odporność na stres, nastawiają się wrogo, jednakże poprzez tzw. agresję nie wprost np. zaniedbując zalecenia terapeutyczne;
- typ oddalający przywiązania – osoby te mają niski poziom komunikatywności, wolą radzić sobie z problemami w samotności, ich niezależność jest wysuwana na pierwszy plan jednocześnie obniżana jest wartość bliskich relacji z personelem i koncentracja na konkretnych osiągnięciach. Pacjenci o takim typie przywiązania są powściągliwi, cyniczni, pełni krytycyzmu i dystansu w stosunku do otoczenia⁴⁷.

Oprócz awersu, jakim są różnorodne postawy przyjmowane przez pacjenta w stosunku do jego choroby czy otoczenia, należy zwrócić uwagę również na nieodłączny rewers. Już w 1965 roku E. Schuman podkreślił, iż na zachowanie jednostek w chorobie ma wpływ własna orientacja medyczna, stan wiedzy o określonej chorobie, sceptycyzm wobec instytucji medycznych i systemu leczenia a także zależność od choroby⁴⁸. Faktem jest, że w dzisiejszych czasach oczekiwania pacjenta wobec personelu medycznego są o wiele większe niż jeszcze w ubiegłym stuleciu. Poprzez szerszy dostęp do wiedzy medycznej, świadomość pacjenta wzrasta – często przychodzi on po pomoc z zasobem informacji, niestety również czerpanej z nienaukowych stron internetowych, czy też z pochopnie postawioną bądź zasłyszaną „autodiagnozą”. Pacjent chce wiedzieć więcej – pragnie uzyskać informacje na temat choroby, przyczyn jej pojawienia się, przesłanek do stosowania określonej terapii,

⁴⁷ Zob. Tamże.

⁴⁸ Zob. T.B. Adamczyk, dz. cyt.

oczekiwanych rezultatów. Coraz częściej chce brać czynny udział w terapii, nie tylko w procesie decyzyjnym. Pacjenci oczekują zrozumienia, szacunku i empatii⁴⁹.

4.4. Nastawienie fizjoterapeuty jako członka personelu medycznego do pacjenta

W relacjach pomiędzy fizjoterapeutą i pacjentem można wyróżnić trzy podstawowe modele⁵⁰. Należą do nich:

- model biomedyczny
- model humanistyczny
- model holistyczny

W niniejszym podrozdziale zostaną pokrótce omówione poszczególne modele, ze szczególnym uwzględnieniem współpracy fizjoterapeuty z pacjentem.

Podstawą modelu biomedycznego jest obiektywna wiedza naukowa i biologiczna, poznanie w obszarze istnienia człowieka jako bytu fizycznego. Kluczowa w tym modelu jest ingerencja diagnostyczno-terapeutyczna, która zachodzi w obszarze somatycznym, poprzez określone działania manualne i instrumentalne⁵¹. Stosowanie tego modelu w kontakcie z pacjentem daje terapeutcie pewien element ochronny przed nadmierną empatią, dzięki czemu możliwe staje się zdystansowanie do cierpienia czy bólu. Być może jest to ujęcie bezpieczniejsze dla fizjoterapeuty, jednakże skutkiem tego podejścia jest urzeczowienie pacjenta, bądź wręcz jego uprzedmiotowienie. Antoni Kępiński stwierdza: „(...) zamiast człowieka otrzymuje się automat, który reaguje w określony sposób na naciśnięcie odpowiednich guzików”⁵². Model

⁴⁹ A. Czerw, U. Religioni, A. Matuszna, K. Lesiak, A. Olejnik, D. Śniadała, *Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych*; „Hygeia Public Health” 2012, nr 47(3), s. 247-253.

⁵⁰ J. Mazurek, *Fizjoterapia holistyczna, czyli psycho-fizjo-terapia. Część III: Człowiek w fizjoterapii, czyli od modelu biomedycznego, przez humanistyczny, do holistycznego*, „Fizjoterapia” 2009, nr 17(4), s. 87-93.

⁵¹ Zob. J. Mazurek, dz. cyt.

⁵² A. Kępiński, *Poznanie chorego*, PZWL, Warszawa 1978, s. 16.

biomedyczny jest raczej modelem technicznym, który może oddalać pacjenta od fizjoterapeuty i bywa krzywdzący dla osoby chorującej i cierpiącej⁵³.

W modelu humanistycznym fizjoterapeuta opiera kontakt z pacjentem na poznaniu w obszarze bytu osobowego, na współ-odczuwaniu i współ-rozumieniu. Poznanie humanistyczne jest ponadkulturowe i ponadczasowe. Istnieje jednak możliwość zafałszowania poznania humanistycznego, które związane jest z bieżącym stanem psychicznym fizjoterapeuty. Może ono wyglądać inaczej podczas dobrego humoru terapeuty, a odmiennie gdy terapeuta będzie smutny, zmęczony czy rozdrażniony. Opisywany model pociąga za sobą również konsekwencje wzajemnego zaangażowania emocjonalnego fizjoterapeuty w relację z pacjentem. Terapeuta, pomagając, rozmawiając, wchodząc w świat pacjenta, w jego codzienność, staje się kimś ważnym w życiu osoby chorującej, kimś, kto ją rozumie i kto może przywrócić ją do normalnego życia sprzed choroby⁵⁴. „Wzmoczenie efektywności terapii jest możliwe dzięki włączeniu przekonania o niezwykłej wartości drugiego człowieka do własnego systemu przekonań”⁵⁵.

Przeciwieństwem powyżej opisanych modeli jest model holistyczny. W podejściu tym człowiek rozumiany jest jako byt duchowy, cielesny i psychiczny. Właściwe pojęcie tego modelu pozwala na wzajemne oddziaływanie na siebie dwóch osób, natomiast relacje mają charakter partnerski. Jednakże tego rodzaju podejście wymaga dojrzałości obu stron, obustronnej chęci partnerskiego spotkania oraz chęci niesienia i przyjęcia pomocy, stąd wykluczona jest manipulacja drugą osobą czy postawa paternalizmu.

W zawodzie fizjoterapeuty model holistyczny jest niezmiernie ważny, gdyż terapia to nie tylko nauczenie pacjenta ćwiczeń, wykonanie masażu czy zabiegu elektrostymulacji, ale

⁵³ Zob. J. Mazurek, dz. cyt.

⁵⁴ Zob. Tamże.

⁵⁵ K. Zieliński, *Wzorzec relacji terapeutycznych w perspektywie filozofii spotkania*, „Postępy Rehabilitacji” 2005, nr 1, s. 16.

przede wszystkim rozmowa, okazywanie współczucia i zrozumienia, słuchanie pacjenta. „Terapia i rehabilitacja mają na celu nie tylko dobro i zdrowie ciała, lecz osoby jako takiej, której ciało zostało dotknięte chorobą”⁵⁶.

Oczywiście przyjęcie określonego modelu, przez pryzmat którego fizjoterapeuta widzi pacjenta, nie sprawia, że terapeuta będzie lubić każdego pacjenta, czy też, że chętnie będzie pracować z każdą osobą. Ludzie bywają bardzo różni, przez co naczelną zasadą nastawienia fizjoterapeuty powinna nakreślać obraz pacjenta jako wielowymiarowej, złożonej jedności bytowej.

5. Komunikacja jako narzędzie terapeutyczne w fizjoterapii

Czy można uznać komunikację z drugim człowiekiem za swego rodzaju „narzędzie”? To ostatnie posiada pewne charakterystyczne dla siebie cechy, do których należą m.in.: użyteczność, przydatność, usprawnianie funkcjonowania w otoczeniu, specyficzne parametry fizyczne, możliwość manipulowania nim w zależności od potrzeb. Jednak, jak zostało to zauważone przez J. Gibsona, percepcja narzędzia nie ogranicza się do zebrania informacji na temat jego fizycznych parametrów, ale skupia się na liczbie ofert, jakie niesie za sobą użycie owego narzędzia.

Przyjmując więc komunikację za rodzaj swoistego narzędzia, jakim można się posługiwać w relacji z innymi ludźmi, należałoby wykazać jego użyteczność. L. Wittgenstein zwraca uwagę na następujący fakt: „Nie można czegoś zauważyć, gdy ma się to stale przed oczami”⁵⁷. Według niego to, co najważniejsze ukryte jest przez prostotę i codzienność. Wykorzystując komunikację w kontakcie z innymi, na co dzień, w bardzo różny sposób, nie zastanawiamy się nad tym, czym ona jest. Nasz język oraz sieć pozawerbalnych znaków zostają zautomatyzowane.

⁵⁶ Zob. J. Mazurek, dz. cyt.

⁵⁷ L. Wittgenstein, *Dociekania filozoficzne*, przeł. B. Wolniewicz, PWN, Warszawa 1972, (129).

Gdyby więc potraktować komunikację jako narzędzie terapeutyczne i wziąć je świadomie w swoje ręce, przyniosłoby to z pewnością poprawę jakości usług medycznych. Porozumiewanie się poprzez system niewerbalnych znaków i język posiada niezliczoną ilość sposobów użycia. Manipulowanie owym „przyrządem” polegałoby na odpowiednim doborze słów, gestów czy innych elementów przekazu, celem osiągnięcia skutecznego porozumienia. Wittgenstein uważa, że do porozumiewania należy *nie tylko zgodność w definicjach, ale i zgodność w sądach*. Sam system znaków używanych przez obie komunikujące się osoby będzie niewystarczający, by osoby te poznały się, jeśli jedna z nich osądzi przedwcześnie drugą i przyjmie błędne przekonania za prawdziwe.

Stewart podkreśla, że komunikacja interpersonalna to taki typ, jakość bądź rodzaj kontaktu, który możliwy jest poprzez maksymalizowanie tego, co osobiste u osoby mówiącej lub słuchającej⁵⁸. Komunikacja medyczna posiada pewne podstawowe funkcje, do których należą:

- informacyjna (poznawcza);
- łącząca (opiekuńcza, przyjacielska);
- emocjonalna (łagodząca);
- decyzyjna (dyrektywna)⁵⁹.

Komunikacja pacjenta z fizjoterapeutą zdecydowanie może być uznana za wyjątkową na tle pozostałych zawodów medycznych. Spotkania z fizjoterapeutą są sporadyczne, a samo poznanie chorego towarzyszy przeprowadzanemu wywiadowi, wykonywanemu zabiegowi, badaniu. Kontakt pacjenta z fizjoterapeutą zależy przede wszystkim od rodzaju schorzenia, zaburzenia sprawności, z jakim chory zgłasza się po pomoc – inaczej będzie wyglądać u chorego po udarze mózgu, gdzie rehabilitacja trwa nawet kilka miesięcy, inaczej u pacjentów

⁵⁸ Zob. *Mosty zamiast murów*, dz. cyt.

⁵⁹ Zob. *Językowe, psychologiczne i etyczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem*, dz. cyt.

reumatologicznych czy ortopedycznych, gdzie wizyty przez jakiś czas są częste i regularne, a w późniejszym etapie terapii – sporadyczne.

Spotykając pacjenta, fizjoterapeuta od pierwszego dnia rozpoczętej terapii, staje się aktywnym uczestnikiem jego codziennego życia, wchodzi w jego świat. Nie tylko związane jest to z pomocą, jaką niesie prowadzona terapia, ale też ze wspólnie przeżywanymi chwilami sukcesów, obserwowanych efektów terapii, czy też chwilowych porażek. Fizjoterapeuta staje się osobą, która nieustannie towarzyszy pacjentowi w powrocie do jego pełnej sprawności, w zasadzie od pierwszych dni jej utraty.

Aby dobrze planować terapię i dobór zabiegów, fizjoterapeuta musi być „na bieżąco” ze stanem zdrowia pacjenta – zarówno fizycznym, jak i psychicznym. Aspekty komunikacji zawarte są zarówno w wydawanych pacjentowi poleceniach, uczeniu ruchu i koniecznych ćwiczeń, korygowaniu i poprawianiu patologicznych ruchowych przyzwyczajzeń, terapiach związanych z dotykiem, takich, jak masaże czy techniki manualne, w momencie ustalania celów terapii, jak i w trakcie zbierania wywiadu⁶⁰. W wymienionych sytuacjach dobra komunikacja staje się elementem równie ważnym jak prowadzona terapia.

Skuteczne porozumienie się obu stron może warunkować większą bądź mniejszą skuteczność prowadzonych działań terapeutycznych. Warto mieć na uwadze fakt, iż dostarczanie pacjentowi konkretnych i jasnych informacji pomaga mu w zdobywaniu emocjonalnej kontroli nad wydarzeniami związanymi z jego chorobą⁶¹. Stąd umiejętność formułowania zrozumiałych dla pacjenta komunikatów oraz ich adekwatny przekaz stają się elementami skutkującymi tym, że pacjentowi łatwiej radzić sobie ze swoją niedomogą. Innymi słowy, komunikacja staje się elementem terapii.

⁶⁰ M. Tyszkiewicz – Bandur, B. Kosińska, *Relacja lekarz- pacjent w kontekście teorii przywiązania*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” 2009, nr 55 (2), s. 90-98.

⁶¹ Zob. A. Klawiter, dz. cyt.

Warto zaznaczyć, że pomimo niezaprzeczalnej roli jaką odgrywa dobra komunikacja fizjoterapeuty z pacjentem, istnieje wiele braków w opracowaniach wiedzy przekazywanej studentom w tym zakresie. Często mówi się o poszczególnych elementach tj.: empatii, aktywnym słuchaniu, tolerancji itp. Jednak o całości, jaką jest komunikacja werbalna i niewerbalna, ich częściach i strukturze wspomina się mimochodem⁶².

6. Bariery i błędy w komunikacji

Bariery komunikacyjne są swego rodzaju „alarmami” bądź sytuacjami o „wysokim stopniu ryzyka” jakie mogą się pojawić podczas procesu porozumiewania się. Nie zawsze muszą one okazać się destrukcyjne, jednakże niosą ze sobą różnorodne skutki.

Należą do nich:

- przyjęcie postawy obronnej przez jednego z rozmówców;
- obniżenie samooceny drugiej osoby;
- budzenie oporu i resentymentu;
- osłabienie motywacji współrozmówcy;
- doprowadzenie do zależności, nieprzystosowania, poczucia przegranej, wycofania;
- zmniejszenie szansy na rozwiązanie problemów drugiej osoby przez nią samą⁶³.

Warto mieć na uwadze, że relacji fizjoterapeuta – pacjent, jak i każdej innej relacji, towarzyszyć będą emocje. Fizjoterapeuta, podobnie jak lekarz, może mylnie traktować swoją profesjonalność jako brak okazywania czy odczuwania emocji⁶⁴. Skutkować to może chęcią zachowania dystansu od pacjenta i jego problemów, traktowaniem pacjentów z wyższością, ale też brakiem sympatii. Inną barierą może stać się niewystarczająca wiedza medyczna

⁶² Zob. M. Tyszkiewicz – Bandur, B. Kozińska, dz. cyt.

⁶³ Zob. *Mosty zamiast murów*, dz. cyt.

⁶⁴ Zob. A. Włoszczak-Szubzda, M. J. Jarosz, dz. cyt.

pacjenta i jego selektywne przyswajanie dostarczanych mu informacji. Oczywiście jest, że nie każdy pacjent posiadać będzie medyczną wiedzę, będzie świadomy swojej choroby i jej konsekwencji. Tutaj rozwiązaniem staje się właściwie prowadzona rozmowa wymagająca cierpliwości, wyrozumiałości terapeuty i użycia przez niego „mniej medycznego” języka⁶⁵.

Istnieje również bariera związana z niepewnością roli pacjenta. Z powodu choroby musi on tymczasowo zrezygnować bądź zmodyfikować dotychczas pełnione role społeczne i odnaleźć się w nowej sytuacji, w obcym miejscu jak szpital, przychodnia, gabinet fizjoterapeutyczny, itp. Pacjent będzie czuć się nieswojo, niepewnie, wiele spraw będzie dla niego w tym nowym środowisku niezrozumiałych. Terapeuta może odczytywać takie wycofanie pacjenta i jego pasywność jako brak zaangażowania w terapię bądź stawianie oporu. Konsekwencją takiego stanu może być dominacja terapeuty przy uległości i podporządkowaniu się pacjenta⁶⁶. Ważne, by terapeuta nie tylko informował pacjenta, ale także upewniał się, że informacja, zalecenie czy wyjaśnienie zostały właściwie zrozumiane przez chorego tak, by mógł je zapamiętać.

Kolejna bariera związana jest z intencjami – pacjent szukając pomocy u lekarza czy fizjoterapeuty, będzie przede wszystkim wymagać od niego pełnej, fachowej informacji, właściwego badania i wdrożenia adekwatnej terapii oraz wsparcia emocjonalnego. Problem pojawi się, gdy terapeuta źle odczyta intencje pacjenta, bądź je zlekceważy, nie wykona swojej pracy w taki sposób, w jaki oczekuje tego od niego pacjent. Błędne przekonania i uprzedzenia pacjenta odnośnie swojej choroby bądź leczenia sprawiają kolejny niemały problem w komunikacji z fizjoterapeutą⁶⁷. To, co pacjent usłyszy od znajomego, członka rodziny, albo wyczyta w gazetach, książkach czy Internecie, da mu pewien obraz tego, czego

⁶⁵ Zob. Tamże.

⁶⁶ *Komunikowanie się – problemy i perspektywy*, red. B. Kaczmarek, A. Kucharski, M. Stencel, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej; Lublin 2006, s. 111.

⁶⁷ Zob. A. Włoszczak-Szubzda, M.J. Jarosz, dz. cyt.

spodziewać się po wizycie u specjalisty – konkretnego zabiegu fizjoterapeutycznego – bo „znajomy miał to samo więc muszę też taki mieć”, bolesnego badania, długości trwania terapii – „dlaczego ja mam pół godziny, jak inny miał godzinę”, itp.

Inną barierą jest psychiczny opór pacjenta wynikający z pogwałcenia autonomii, bezradności, niepełnosprawności i znacznych ograniczeń, wstydu, poczucia bycia gorszym. Efektem tego staje się uruchomienie mechanizmów obronnych wobec terapeuty takich jak: zaprzeczanie, lekceważenie zaleceń, niechętna współpraca bądź jej brak.

Zapominanym problemem, nierzadko jednak pojawiającym się w praktyce, jest ograniczenie psychiczne chorego związane z trudnościami w zrozumieniu poleceń terapeuty i ich zapamiętywaniu wynikające z ubytków w funkcjach poznawczych spowodowanych chorobą⁶⁸.

Inny „zestaw” reakcji blokujących rozmowę, jakich należy unikać przedstawił T. Gordon i nazwał je „brudną dwunastką niszczycieli komunikacji”⁶⁹. Należą do nich:

- krytykowanie;
- przezywanie, etykietowanie, podciąganie pod stereotyp;
- analizowanie zachowania i stawianie pseudo- psychologicznych diagnoz;
- chwalenie połączone z oceną, co niesie często manipulację i bywa swego rodzaju „sztuczką” mającą zmienić zachowanie współrozmówcy, dlatego wymaga dużej ostrożności i szczerości rozmówcy;
- rozkazywanie;
- grożenie negatywnymi konsekwencjami;
- moralizowanie, prawienie „kazań”;

⁶⁸ Zob. Tamże.

⁶⁹ Zob. Mosty zamiast murów, dz. cyt.

- sugerowanie rozwiązań;
- stawianie zbyt dużej ilości pytań bądź stawianie pytań niewłaściwie sformułowanych;
- odsuwanie problemów na drugi plan;
- logiczne argumentowanie – odwoływanie się do logiki i faktów pomijając towarzyszące emocje;
- uspokajanie jako próbowanie powstrzymania emocji negatywnych.

Sugeruje się raczej, by złe przyzwyczajenia zastępować dobrymi zachowaniami, zamiast starać się eliminować negatywne przyzwyczajanie jedynie chęcią i wolą. Stąd tak ważna jest świadomość jakości komunikacji i istnienia ewentualnych błędów, które można próbować modyfikować, zmniejszać bądź całkiem usuwać z procesu komunikowania się z innymi.

Agnieszka Dziekan

Wybrane metody komunikacji w fizjoterapii¹

ABSTRAKT

Artykuł dotyczy wybranych metod komunikacji fizjoterapeuty z pacjentem. Najpierw omówione zostały cechy komunikacji takie jak: nadawca, przekaz, kanał, odbiorca, szum, kontekst, sprzężenie zwrotne. Następnie omówione zostały cechy procesu komunikacyjnego zależące od sytuacji komunikacyjnej, czyli: intencjonalność, relacyjność, świadomość, interpretacyjność, nieodwracalność, dynamiczność, kreatywność, transakcyjność, nieuchronność. W dalszej części artykułu rozważaniom poddane zostały takie fizjoterapeutyczne metody komunikacyjne jak: wywiad, dotyk, intonacja głosu. Na koniec wymienione zostały wskazówki dla fizjoterapeutów mogące okazać się przydatne w doskonaleniu umiejętności komunikacyjnych w relacjach z pacjentami.

Wstęp

Proces osiągnięcia porozumienia między osobami jest sprawą niezwykle ciekawą – w jaki sposób dochodzi do sytuacji, że dwie osoby poprzez pewne znaki, słowa, gesty przekazują sobie informacje? Komunikujemy się z ludźmi tak często, że nie zastanawiamy się, jak ważna i potrzebna jest to umiejętność. Jakakolwiek forma współdziałania czy współpracy oparta jest na komunikacji. Z tego względu określana jest ona niezbędnym elementem funkcjonowania społecznego człowieka oraz koniecznym warunkiem istnienia relacji społecznych. Akt komunikacji jest czynnością umożliwiającą ciągłość cywilizacji, gdyż powstanie nawet najprostszych struktur, organizacji czy systemów uwarunkowane jest bezpośrednio procesem porozumiewania się.

Komunikacja to proces osiągnięcia porozumienia pomiędzy nadawcą komunikatu a odbiorcą, do którego jest on skierowany. Ludzie komunikują się za pomocą słów, ale również poprzez

¹ Artykuł jest wersją fragmentu pracy magisterskiej zatytułowanej *Komunikacja jako narzędzie terapeutyczne w fizjoterapii* obronionej na WNZ UJ CM w październiku 2014 roku.

niewerbalne gesty, sygnały wysyłane wzrokiem, postawą, mimiką oraz innymi elementami ciała. Komunikacja międzyludzka może przebiegać na wielu różnych poziomach z wykorzystaniem rozmaitych narzędzi. Zależy to od intencji nadawcy komunikatu czy kompetencji komunikacyjnych odbiorcy².

Cechami podstawowymi procesu komunikacji są:

- nadawca - rozumiany jako osoba, która przekazuje zakodowaną treść;
- przekaz - treść komunikatu, może być w postaci werbalnej (wokalnej) bądź niewerbalnej;
- kanał - sposób przekazu wiadomości;
- odbiorca - osoba, do której komunikat dociera i zostaje odczytany (dekodowany);
- szum - różnego rodzaju zakłócenia w przekazie i odbiorze wiadomości;
- kontekst - to warunki przebiegania aktu komunikacji;
- sprzężenie zwrotne - efekt wywołany odebraniem komunikatu.

Pragmatycznym aspektem komunikacji bądź wręcz jej celem nadrzędnym jest przede wszystkim chęć wspólnej realizacji różnych przedsięwzięć, gdzie wymiana myśli i komunikowanie się między ludźmi jest niezbędne oraz podnosi jakość współdziałania między sobą nawzajem.

Procesowi komunikowania się przypisywany jest szereg własności, jakie zależą od sytuacji komunikacyjnej. Można do nich zaliczyć:

- intencjonalność - przypisanie celu, jaki nadawca chce osiągnąć, wysyłając komunikat
np. wywarcie wpływu na rzeczywistość, innych ludzi lub zaspokojenie potrzeb;

² K. Trzaska, *Rozmawiać i poznawać: Komunikacja, komunikowanie i komunikowanie się*, dostępne pod adresem: <http://fabryka-jezyka.bn.org.pl/?p=600>; [data cytowania: 15.08.2014]

- relacyjność - pozostawanie w zależnościach obu stron komunikacji (nadawcy i odbiorcy) co ma wpływ na treść i sposób przekazu komunikatu;
- świadomość - nadawca i odbiorca komunikatu są świadomi swoich ról;
- interpretacyjność - konieczność ciągłej interpretacji przekazywanych sygnałów i treści, zależy od cech obu stron aktu porozumiewania się,
- nieodwracalność - własność związana ze sprzężeniem zwrotnym, stanowi o obrazie nadawcy, jaki pojawia się „w głowie” odbiorcy pod wpływem odbieranych komunikatów;
- dynamiczność - każda zmiana w przekazie bezpośrednio wpływa na efekt procesu;
- kreatywność - powstawanie nowych pojęć i sytuacji w wyniku zmieniającego się procesu komunikacji;
- transakcyjność - aktualność interpretacji wpływa na to, że efekt widoczny jest od razu podczas trwania procesu komunikacji;
- nieuchronność - porozumiewanie się jest konieczne i nieuniknione we wszystkich sytuacjach dnia codziennego³.

W fizjoterapii dobra komunikacja z pacjentem jest wyjątkowo cenną umiejętnością. Lubiany fizjoterapeuta wzbudza większy szacunek i sympatię. Komunikacja jest jednak także motywacją do dalszych ćwiczeń i terapii. Podczas zajęć terapeutycznych fizjoterapeuci mają do czynienia z pacjentami różniącymi się między sobą nie tylko schorzeniami, ale również indywidualnym podejściem zarówno do siebie samego, jak i do własnej choroby. Nastawienie pacjenta i fizjoterapeuty stanowi więc składową budującą proces osiągnięcia porozumienia. Umiejętność komunikacji fizjoterapeuta może wykorzystać nie tylko podczas zbierania wywiadu, ale również w czasie zabiegów takich jak masaż czy prowadzenie zajęć kinezyterapii. Pacjent trafia do fizjoterapeuty zazwyczaj ze skierowania lekarza, który

³ Zob.Tamże.

wystawia diagnozę, odczytuje wyniki badań, ustala leczenie. Jednak „działaniem” – aktywnym eliminowaniem ograniczeń i choroby w tym przypadku zajmuje się fizjoterapeuta. To z nim pacjent spędza kolejne tygodnie, a czasem i miesiące, uczestnicząc w terapii, która niejednokrotnie jest bolesna, żmudna i pracochłonna. Kiedy fizjoterapeuta pojawia się w życiu chorego, to pełni rolę nie tylko osoby przywracającej utracone funkcje, usuwającej ograniczenia, uczącej ćwiczeń i zdrowego trybu życia, ale też motywuje, wspiera, towarzyszy w ciężkich chwilach oraz w małych sukcesach. Staje się on dla pacjenta współtowarzyszem w dążeniu do pełni zdrowia, osobą do której zwraca się z doraźnymi wątpliwościami, problemami związanymi z obszarem życia, jaki został uszkodzony chorobą. To, jak wygląda relacja pomiędzy tymi stronami, warunkuje czy pacjent chętnie przychodzi na terapię, czy zwierza się z aktualnych problemów wynikających z choroby, czy otworzy się na tyle, by zaufać fizjoterapeucie. Mimo, iż relacja zostanie zbudowana mimo wszystko, to jej kształt zależy od przygotowania fizjoterapeuty zdobytego w czasie studiów i w praktyce zawodowej. Znajomość elementów komunikacji zwiększa szansę na indywidualne dostosowanie swojego zachowania do pacjenta i ukształtowania relacji optymalnej do osiągnięcia współpracy i wzajemnego zaangażowania w terapię oraz stworzenia przyjaznej atmosfery podczas terapii.

1. Wywiad

Kontakt pacjenta z terapeutą zaczyna się od zebrania wywiadu. Jest to anamneza podobna do lekarskiej, jednak fizjoterapeuta musi zwrócić znaczną uwagę na utratę konkretnych funkcji, utrudnienia w życiu codziennym, zmiany w wykonywanych dotychczas czynnościach, stąd wywiad ten jest bardziej funkcjonalny.

Fizjoterapeuta nie ma obowiązku schematycznego prowadzenia wywiadu. Natomiast w każdym wywiadzie powinny się znaleźć pytania z trzech ogólnych grup – pytania personalne, pytania dotyczące aktualnej choroby i socjalne.

Pytania personalne dotyczą takich informacji jak: imię i nazwisko, wiek, stan cywilny, adres zamieszkania, wykształcenie, aktualnie wykonywany zawód, bądź ten wykonywany w przeszłości, aktywność fizyczna i hobby, przebyte choroby i urazy ciała, zabiegi operacyjne, choroby dziedziczne (cukrzyca, nadciśnienie, osteoporoza, itp.), obecnie przyjmowane leki. Wywiady dotyczące danych personalnych, oprócz znaczenia identyfikacyjnego, mają na celu ogólne zorientowanie się w stanie pacjenta i tym jak jego dysfunkcja wpływa na codzienne funkcjonowanie.

Pytania odnoszące się do aktualnej choroby powinny być ukierunkowane na uzyskanie wiadomości o czasie i okolicznościach, w których wystąpiły objawy bólowe, ich nasileniu i charakterze, miejscu odczuwania dolegliwości w chwili wystąpienia objawów.

Kolejnym aspektem jest porównanie powyższych informacji z okolicznościami poprzednich incydentów, jeśli takie występowały, z subiektywną oceną objawów dokonaną przez pacjenta.

W zależności od rodzaju choroby/dysfunkcji i jej lokalizacji wywiad wzbogaca się o pytania charakterystyczne dla danej sytuacji (ból stawów, kości, mięśni, ograniczenie zakresu ruchów czynnych i/lub biernych, osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia czucia, porażenia bądź niedowłady, omdlenia, ból głowy, bezsenność, duszność, obrzęki, uderzenia ciepła, ból w okolicy serca, kaszel, odkrztuszanie, ilość i charakter wydzieliny, łaknienie, pragnienie, wymioty, nudności, itp.).

Ostatnia grupa pytań odnosi się do informacji na temat utrzymania, warunków mieszkaniowych pacjenta, osobach pomagających, ewentualnych możliwościach dostosowania mieszkania do aktualnego stanu fizycznego (do tymczasowej jazdy na wózku inwalidzkim, zaopatrzenia w specjalne uchwyty i poręcze w łazience, itp.) oraz możliwości dotarcia pacjenta na regularne ćwiczenia czy zabiegi fizjoterapeutyczne. W wywiadzie nie może zabraknąć pytań odnośnie aktualnych ograniczeń w życiu

codziennym związanych z dysfunkcją, które pojawiają się przeważnie w drugiej grupie pytań. Fizjoterapeuta powinien uzyskać informację o subiektywnej ocenie swojego stanu zdrowia przez chorego, sposobie poruszania się po schodach czy płaskim terenie, sprawności fizycznej bądź ograniczeniach w normalnej aktywności i czynnościach dnia codziennego. Sformułowanie odpowiedniego pytania otwartego o to, jak pacjent radzi sobie z chorobą, ograniczeniami lub jak one wpływają na jego życie codzienne, pozwoli pacjentowi wyrazić emocjonalny stosunek do swojej choroby⁴.

Dobre zebranie wywiadu nie obejdzie się bez szczerości ze strony pacjenta. Niejednokrotnie pacjent musi przyznać się do intymnych problemów, kłopotów w pozornie prostych czynnościach czy do niesamodzielności w pewnych obszarach życia. Umiejętność słuchania ze strony fizjoterapeuty, jego otwartość, trafne i jasne formułowanie pytań zrozumiałych dla pacjenta jest konieczne do zebrania cennych informacji i „zaprogramowania” najskuteczniejszej terapii. Już na tym etapie wchodzenia w relację, tworzenia się pewnej płaszczyzny porozumienia, obie strony muszą zaangażować się w nią, by wspólnie zaplanować drogę ku wspólnemu celowi – przywróceniu utraconej sprawności pacjenta.

2. Dotyk w fizjoterapii

W każdej niemal kulturze dotyk jest podstawową formą społecznej komunikacji i pierwotnym rodzajem społecznego zachowania⁵. Gdy bez użycia słów pragnie się okazać współczucie, sympatię, ciepło czy wsparcie, instynktownie wyraża się to przez dotyk. Widząc osobę odczuwającą ból, niejednokrotnie bezwiednie wyciąga się rękę w jej kierunku, by poprzez położenie dłoni na ramieniu czy pogłaskanie chorego uspokoić go i pozwolić mu

⁴ E. Więckowska, *Znaczenie komunikacji niewerbalnej lekarza w kontakcie terapeutycznym*, „Zdrowie Publiczne” 2008, 118(4), s. 462-467.

⁵ Zob. J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko, *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*, Astrum, Wrocław 2000.

odczuć naszą obecność⁶. Z racji wykonywanego zawodu fizjoterapeuta ma w swoich rękach do dyspozycji potężne narzędzie, jakim jest dotyk, jednakże ten ostatni musi być nie tylko instynktowny, ale absolutnie profesjonalny.

Już na samym początku spotkania pacjenta ze swoim przyszłym fizjoterapeutą, ten pierwszy musi zostać przebadany pod względem pewnych ograniczeń, zaburzeń określonych części ciała według schematów diagnozowania charakterystycznych dla poszczególnych działów medycyny. Fizjoterapeuta nie jest upoważniony do stawiania medycznych diagnoz, jednakże musi on wyznaczyć cele krótko- i długoterminowe terapii, do czego badanie fizjoterapeutyczne jest niezbędne. W tym celu niejednokrotnie pacjent musi zostać rozebrany, dotknięty, oglądnięty, wykonując cały czas polecenia kierowane ze strony fizjoterapeuty. Badanie to jest dla pacjenta bardzo krępujące, ponieważ terapeuta jest dla niego osobą obcą. Uważa się, że samo uściśnięcie dłoni pacjenta na przywitaniu i pożegnanie jest sposobem na przełamanie pewnej bariery i wejście w przestrzeń osobistą relacji pacjenta z terapeutą oraz oswojenie się z dotykiem. Ten prosty sygnał w połączeniu z uśmiechem i ciepłym słowem pozwala budować atmosferę zaufania jaka powinna wytworzyć się w celu prowadzenia skutecznej terapii. Wiele osób boi się nadużywać dotyku, zwłaszcza gdy media nagłaśniają sytuacje np. molestowania, jednak okazuje się, że znacznie częściej wzajemne porozumienie jest zrywane z powodu braku kontaktu fizycznego, a nie jego nadużycia⁷.

Podczas badania fizykalnego prowadzonego przez lekarza czy terapeutę, dotyk nabiera cech przekazu, gdyż jest procesem dwustronnym. Jeśli dotyk terapeuty nacechowany będzie łagodnością, pozwoli to pacjentowi rozluźnić się i zmniejszyć dyskomfort związany z

⁶ Zob. E. Więckowska, dz. cyt.

⁷ Zob. Tamże.

koniecznością bycia dotykanym i obserwowanym przez obcą osobę wkraczającą w strefę intymną osoby badanej⁸.

Szczególnym działem fizjoterapii, w którym dotyk świadczy o jakości terapii, jest masaż leczniczy. W zależności od potrzeby, terapeuci wykonują masaże każdej części ciała, co wymaga rozebrania się pacjenta, w pewnym stopniu. Masażysta wchodzi w bardzo osobistą strefę masowanego. Dotyka go przez dłuższy czas, czasami sprawiając ból, innym razem dając przyjemność czy ulgę, rozluźniając napięte mięśnie. Podczas zabiegu, jakim jest masaż, kontakt wzrokowy jest raczej bardzo ograniczony ze względu na konieczność ułożenia pacjenta - np. w najbardziej popularnych masażach, pacjent leży na leżance, z głową skierowaną ku podłodze. Nie wszyscy pacjenci podczas bycia masowanymi wchodzi w rozmowę, niektórzy wolą się zrelaksować, odprężyć w ciszy. Inni natomiast preferują rozmowę by nie tylko zająć czas, ale nierzadko stworzyć atmosferę zaufania do terapeuty, co pozwoli im zapomnieć o byciu dotykanym przez obcą osobę. Jakość dotyku fizjoterapeuty zostaje poddana podświadomej ocenie pacjenta – bodźce odbierane są podczas masażu przede wszystkim przez zmysł dotyku. Im dany obszar ciała ma większą reprezentację korową w płacie ciemieniowym mózgu, tym więcej i dokładniej odbierane są z niego bodźce. Największe czucie wykazują takie obszary jak twarz, stopy, dłonie i język⁹. Warto o tym pamiętać podczas masażu, gdyż wykonując np. refleksoterapię stóp czy masując ręce pacjenta przekazujemy swoimi dłońmi więcej informacji, niż mogłoby nam się wydawać. Dotyk musi być profesjonalny, pewny, ciepły, przyjazny, nacechowany łagodnością a jednocześnie celowością.

⁸ Zob. Tamże.

⁹ Zob. A. Włoszczak- Szubzda A., M. J. Jarosz, *Professional Communications competences of physiotherapists – practice and educational perspectives*, "Annals of Agricultural and Environmental Medicine" 2013, t. 20, nr 1, s. 189-194.

3. Intonacja głosu

Modulacja oraz ton głosu stanowi około 38% przekazu informacji, kiedy sama treść wypowiedzi to zaledwie 7%¹⁰. Często sposób mówienia zależy od aktualnego humoru, stanu emocjonalnego, wykształcenia, kręgu kulturowego, wychowania, sytuacji, współmówcy, itp.¹¹. Podczas prowadzenia różnych terapii warto by fizjoterapeuta potrafił do niej dostosować swoją intonację głosu. Obserwując proces usprawniania, terapeuta zobowiązany jest do wychwytywania nawet drobnych efektów i chwaleń ich w celu motywowania pacjenta. Przekazanie pochwały ciepłym głosem, z nutką dumy, z nutką nadziei na kolejne, coraz bliższe w czasie sukcesy, sprawi, że pacjent bardziej doceni drobne osiągnięcia terapii. W czasie masowania, kiedy pacjent ma się zrelaksować, odprężyć ton głosu można obniżyć, zadbać o ciepłą intonację. Natomiast podczas prowadzenia ćwiczeń grupowych intonacja musi być donośna, stanowcza, konkretna, tak by każdy pacjent usłyszał polecenie, nawet z większej odległości. Według doniesień wstępnych, podczas lekcji ruchu leczniczego przez fizjoterapeutów preferowana jest intonacja o charakterze podnoszącym¹². Zwraca się przede wszystkim uwagę na ton głosu ciepły, z nutką pogody i radości, ale również poważny, co wskazuje na profesjonalizm wykonywanego zawodu. Intonacje o charakterze obniżającym, nasuwają myśl o braku umiejętności poprawnej komunikacji, byciu ponurym bądź o braku kultury osobistej¹³.

4. Wskazówki dla fizjoterapeuty

Konieczne wskazówki odnośnie komunikacji z pacjentem, warte przedstawienia fizjoterapeutom, to szeroki temat. Mógłby z niego powstać dość obszerny podręcznik.

¹⁰ Zob. A. Czerw, U. Religioni, A. Matuszna, K. Lesiak, A. Olejnik, D. Śniadała, *Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych*, „Hygeia Public Health” 2012, nr 47(3), s. 247-253.

¹¹ Zob. J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko, dz. cyt.

¹² Zob. A. Włoszczak- Szubzda A., M. J. Jarosz, dz. cyt.

¹³ Zob. Tamże.

Jednakże celem podsumowania powyższych treści, przygotowana została lista najważniejszych kwestii, które zarówno pracujący w zawodzie, jak i studiujący fizjoterapię powinni mieć na uwadze w kwestii poprawy komunikacji podczas terapii:

- zaaranżowanie wygodnego i dającego poczucie bezpieczeństwa miejsca prowadzonej terapii;
- zadbanie o intymność pacjenta i jego komfort, jeśli terapia wiąże się z obnażeniem ciała, poprzez parawany, zasłonięcie zasłony bądź wyproszenie osób trzecich z gabinetu;
- wzięcie pod uwagę poznania emocjonalnego stosunku pacjenta do swoich ograniczeń i choroby;
- opanowanie nawet w sytuacji, kiedy terapeuta odczuwa niechęć do pacjenta, bądź się z nim nie zgadza – zachowanie profesjonalizmu;
- skonfrontowanie problematycznej sytuacji, dążenie do jej wyjaśnienia;
- zadawanie pytań otwartych podczas zbierania wywiadu pozwalające pacjentowi zaangażować się w wypowiedź, otworzyć, jednocześnie kontrolowanie rozmowy za pomocą konkretnych pytań naprowadzających tak, by nie odbiegać od celu anamnezy;
- dobór odpowiednich słów w ten sposób, aby były zrozumiałe dla pacjenta, niekoniecznie muszą zawierać dużą liczbę trudnych, medycznych pojęć;
- nieunikanie kontaktu wzrokowego sygnalizującego niewagę, nieuczciwość, zakłopotanie czy uległość, jednocześnie dbałość o to, by kontakt ten nie był nachalny, budzący strach i nieśmiałość pacjenta;
- dbanie o szczerłość wyrazu twarzy, mimikę adekwatną do wypowiedzi co nada jej spójność;

- zwrócenie uwagi na jakość dotyku podczas badania, terapii manualnej czy masażu – niech będzie pewny, profesjonalny a jednocześnie przyjazny, łagodny, nie nachalny;
- przechylenie głowy na jedną stronę wyraża skupienie oraz oznacza empatię;
- nieunikanie tematów krępujących i wprowadzających w zakłopotanie pacjenta – doda to pewności siebie pacjentowi, który poczuje się bardziej komfortowo;
- praca nad sobą – „Samoświadomość leży u podstaw kompetencji zawodowych”¹⁴;
- odkrywanie motywów własnych działań oraz podstaw działania, co pozwoli zrozumieć pacjentów i zaoferować im lepszą pomoc;
- dbanie o szczerość wypowiedzi, wywiązywanie się z obietnic, bycie uczciwym;
- zaangażowanie w rozmowę, w terapię – bycie obecnym w danej chwili „w 100%”;
- nieoceniać przedwcześnie, nie sugerować się uprzedzeniami, nie zamykać się na człowieka zanim się go nie pozna, gdyż zablokuje to drogę do osiągnięcia porozumienia;
- obserwowanie stanu emocjonalnego pacjenta podczas jego wypowiedzi – nie wszystko zostanie ujęte w słowa, większość zostanie przekazana niewerbalnie;
- budowanie atmosfery zmniejszającej skrępowanie;
- szacunek dla autonomii pacjenta;
- dodawanie odwagi, wyrażanie aprobaty dla postępów pacjenta, pochwalanie małych osiągnięć terapii;
- częsty uśmiech!
- pamiętanie o rzeczowości wypowiedzi, przede wszystkim bycie profesjonalnym;
- dbałość o bycie konkretnym, co nie musi wcale oznaczać bycia poważnym;
- poszerzanie swoich horyzontów poprzez wzbogacanie swojego słownictwa.

¹⁴ Zob. E. Więckowska, dz. cyt.

Jolanta Świerszcz

Dialog lekarza z pacjentem o cierpieniu w warunkach współczesnych
wyzwań kulturowych

ABSTRAKT

Dialog jest istotną formą nawiązania właściwego kontaktu pomiędzy lekarzem a pacjentem. Etyka zawodowa a wraz z nią głęboko rozwinięty zmysł empatii pozwalają lekarzowi na przekroczenie "niewidzialnej bariery" i wejście w głębszą sferę bytu ludzkiego – sferę ducha stanowiącą zasadniczą przestrzeń dialogu w tajemnicy cierpienia, umierania i śmierci.

W dehumanizacyjnym procesie współczesnej medycyny charakterystyczne jest to, że to lekarz decyduje o roli choroby i cierpienia, a nie chory, choć powinno być odwrotnie. Osoba pacjenta sprowadzona zostaje do przedmiotu, do jednostki chorobowej, którą trzeba zdiagnozować, wyleczyć i w ten sposób zaliczyć kolejny ewentualny sukces na konto lekarza.

Dialog lub izolacja człowieka chorego, cierpiącego i umierającego są rzeczywistym sprawdzianem nie tylko etosu medycyny, ale także człowieczeństwa i budowanej przez człowieka (również chorego i umierającego) szeroko pojętej kultury. Tylko pogłębiony personalistycznie i duchowo dialog o nadziei i sensie cierpienia jest szansą na afirmację sztuki leczenia w relacji lekarz-pacjent.

Szukając ideału lekarza wobec człowieka umierającego, trzeba wskazać na istnienie absolutnego standardu etycznego, niezmiennego od wieków dotyczącego nie tylko lekarza, ale każdego człowieka. Dlatego umiejętność podjęcia przez lekarza dialogu personalistycznego, który wprowadzi umierającego pacjenta w świat wartości transcendentnych, a więc nieprzemijających, otwierających przed nim horyzont nowej perspektywy nieskończonego wymiaru życia, pozwoli w tak krytycznym i jednocześnie decydującym momencie jego życia, odzyskać nadzieję i wiarę. Nie chodzi tu tylko o wiarę religijną, to jest także (a może przede wszystkim) wiara w człowieka, wiara w to, że się nie jest pozostawionym samemu sobie, a wszystko, czego chory, w przerastającym go cierpieniu, doświadcza ma głęboki sens nie tylko dla niego samego, ale także dla otaczających go osób, w tym samego lekarza. Personalistyczna etyka lekarska jest w stanie zapewnić autentyczny dialog między lekarzem i pacjentem. Współczesny kryzys człowieczeństwa, wartości i dialogu międzypersonalnego tym bardziej jeszcze skłania do przyjęcia personalistycznego modelu dialogu w medycynie.

Wstęp

Współczesny świat medycyny i ludzkiego cierpienia, świat zaawansowanych technologii podtrzymujących życie oraz zwyczajnej bezradności zarówno lekarzy, jak i pacjentów, domagają się odpowiedzi na pytanie, czy możliwe jest dialogowanie lekarza i pacjenta w sytuacjach ekstremalnych, jakimi bez wątpienia są stany terminalne połączone z ciężkim cierpieniem. Jaka formacja kulturowa (religijna) ma największe szanse odpowiedzi na wyzwania medycyny w obliczu walki z bólem, połączonej z próbą zrozumienia cierpienia?

1. Komunikacja i dialog w medycynie

Pojęcie „dialogu” w ujęciu encyklopedycznym oznacza ustną lub spisana wymianę zdań, myśli, poglądów, argumentów dokonującą się między osobami lub w świadomości jednej tylko osoby, mającą na celu poznanie prawdy lub przekazanie jej drugiemu człowiekowi, stworzenie międzyosobowej więzi lub przestrzeni dla wspólnego działania. W tradycji filozoficznej pojęcie dialogu wywodzi się ewolucyjnie z pierwotnego terminu *logos*, rozumianego w kulturze chrześcijańskiej jako „słowo” lub biblijnie jako „Bóg”¹. Ks. Jan Wal w monografii *Idea dialogu w myśli Jana Pawła II*, przytaczając wypowiedź ks. prof. Józefa Tischnera, zwraca uwagę na fakt, iż starożytna myśl dialogiczna, oparta na klasycznej greckiej filozofii dialogu (dyskursy Sokratesa, dialogi Platona, realizm poznawczy Arystotelesa), mogła rozwinąć się tylko w oparciu o judaizm i chrześcijaństwo, ponieważ te religie są „religiami słowa”². Etymologicznie i encyklopedycznie pojęcie dialogu można rozumieć w łacińskim *dialogus* – rozmowa, ale dialog sięga głębiej niż tylko w samo słowo. To zawiązanie międzyosobowej przestrzeni w poszukiwaniu prawdy i wspólnym działaniu³. To odkrycie siebie wzajemnie dialogującym osobom, to początek zaufania, przyjaźni i bezinteresowności. To pozwala nam w większym stopniu uświadomić sobie, jak wielkie znaczenie zawiera w sobie istota dialogu w relacji lekarz – pacjent.

¹ Zob. J. Brusilo, *Tajemnica świętych obcowania jako dialog z wiecznością*, [w:] *Idea Dialogu w myśli Jana Pawła II*, red. Z. Zarębianka, K. Dybeł, Z. Mirek, Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie, Kraków 2013, s. 140.

² Zob. *Przekonać Pana Boga. Z ks. Józefem Tischnerem rozmawiają Dorota Zańko i Jarosław Gowin*; cyt. za: J. Wal, *Jana Pawła II wizja dialogu (ustalenie podstawowych pojęć)*, [w:] *Tamże*, s. 13.

³ „(...) Ustna lub spisana wymiana zdań, myśli poglądów, argumentów, dokonująca się między osobami lub w świadomości jednej tylko osoby, mająca na celu poznanie prawdy lub przekazanie jej drugiemu człowiekowi, stworzenie międzyosobowej więzi lub przestrzeni dla wspólnego działania”. Hasło: *Dialog*, [w:] *Wielka Encyklopedia PWN*, red. J. Wojnowski, t. VII, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 156.

W zwyczajnych relacjach lekarz-pacjent kwestia dialogu nie zawsze jest sprawą najważniejszą. Może wystarczyć zwyczajna komunikacja na temat profilaktyki czy diagnozy. Komunikacja w potocznym rozumieniu, jest to wymiana informacji mająca na celu przekazanie określonych treści w sposób jak najbardziej zrozumiały. Bywa, że lekarzowi wystarczy zakomunikowanie pacjentowi informacji związanych z wypisywaną receptą czy też prostych wskazówek związanych np. ze sposobem zażywania zleconych leków, przestrzeganiem zasad zdrowego żywienia, kontroli wartości ciśnienia tętniczego, wykonywania zaleconych przez lekarza okresowych badań biochemicznych, itp.

Komunikacja, porozumienie są zresztą ważne na poziomie ludzkim, pozamedycznym. Już tutaj w rozmowie, werbalnej i pozawerbalnej wymianie emocji, opinii, wątpliwości i oczekiwań między dwiema osobami rodzi się zaufanie, wdzięczność, cierpliwość, nadzieja – te cechy relacji międzyludzkiej, które później w sytuacji choroby, bólu i lęku pacjenta mają istotne znaczenie w pomocy lekarskiej. Na bazie dobrych, otwartych relacji podstawowych, międzyludzkich, buduje się dobra komunikacja lekarz-pacjent, która powinna przejść w formę dialogu. Tutaj dopiero pojawia się szansa na prawdziwe dobro w relacji lekarz-pacjent. Tym dobrem staje się poszanowanie godności pacjenta jako osoby. Z tym zagadnieniem wiąże się także umiejętność właściwego patrzenia na wymiar także naszego człowieczeństwa, nie tylko przez pryzmat potrzeb zdrowotnych chorego człowieka, ale także szczególnie w sytuacji ciężkiego, terminalnego cierpienia, pamiętanie o wymiarze duchowym ludzkiego cierpienia, który staje się szczególnie istotny w sytuacji, gdy pomimo heroiczych starań medycyny w walce o życie, zaczyna coraz bardziej brakować nadziei. Wówczas nie wystarcza zwykła, na ogół krótka, polegająca na przekazaniu lub wymianie istotnych informacji, komunikacja z pacjentem, ale pojawia i coraz bardziej dojrzeewa potrzeba dialogu pomiędzy lekarzem a chorym, owszem dialogu mającego swoje ograniczenia w wymiarze czasowym, ale chciałoby się rzec, nie w wymiarze duchowym cierpiącego człowieka, którego życie stopniowo zbliża się do kresu. I o tej prawdzie, w codziennej praktyce musi pamiętać każdy lekarz.

2. Relacja lekarz-pacjent w sytuacjach kryzysowych i granicznych

Opisane wyżej kwestie zwyczajnej komunikacji i dialogu w medycynie mogą stawać się problematyczne i złożone, ale w praktyce lekarskiej coraz częściej pojawiają się o wiele bardziej dramatyczne dylematy dialogu. W obliczu wyzwań współczesnej medycyny kresu życia ludzkiego, stajemy przed niezmiernie istotnym problemem moralnym, dotyczącym głębszych relacji pomiędzy lekarzem, a jego pacjentem: co mówić i jak rozmawiać z chorym,

którego życie nieuchronnie zmierza ku końcowi, co powiedzieć w sytuacji, gdy ciężka choroba będzie wiązać się z wielkim cierpieniem, czy wystarczy zwykła komunikacja?

Problem umiejętności informowania pacjenta dotyka głównie lekarzy, między innymi z powodu wymagań jakie stawia przed nimi etyka zawodowa. Poza etyką, lekarz musi być przede wszystkim człowiekiem posiadającym głęboko rozwinięty zmysł empatii, który, poza czysto medycznym, tzn. rozumowym spojrzeniem na pacjenta i jego chorobę, pozwoli lekarzowi „wejść” w znacznie głębszą sferę ludzkiego bytu, sferę ducha, która dla medycyny i ludzkiego rozumu jest w istocie przestrzenią zamkniętą, niedostępną. Jednak dopiero ta przestrzeń i „dotknięcie” chociażby cienia jej tajemnicy, w jakimś stopniu ułatwiają lekarzowi nawiązanie dialogu z chorym człowiekiem i jego cierpieniem.

Profesor J. Bogusz (1904-1993), znakomity chirurg, który przez długie lata pełnił funkcję przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, w sposób zdecydowany wyrażał przekonanie, że złe prognozy lekarskie nie powinny być chorym ujawniane. Natomiast umiejętność podtrzymania nadziei wsparcia duchowego, są jednym z istotnych elementów leczenia, „trzeba przecież doprowadzić tych ludzi do ich końca w ten sposób, by umierali z nadzieją na wyzdrowienie”⁴. Prof. Bogusz w swych wypowiedziach zwracał uwagę na fakt, że: diagnozowanie i prognozowanie lekarskie nie jest wolne od pomyłek, stąd mówienie prawdy nie zawsze okazuje się rzeczywistym mówieniem prawdy. Niemal regułą jest sytuacja, w której lekarze, stojący na stanowisku mówienia całkowitej prawdy pacjentom, rezygnują z tej zasady, gdy wchodzi w grę chorzy, którzy należą do ich rodziny. Ten fakt przemawia za celowością milczenia w niektórych sytuacjach, a w szczególności w obliczu trudnej i jednocześnie bolesnej prawdy.

Zdaniem Bogusza, nawet ten chory, który prosi lekarza o absolutne wyjawienie prawdy dotyczącej stanu zdrowia, tłumacząc, że nie zabraknie mu siły, odwagi w umiejętności przyjęcia chociażby najokrutniejszej dla niego prawdy, w rzeczywistości również oczekuje od lekarza negacji swych źle rokujących podejrzeń, co niekiedy *de facto* chroni takiego pacjenta przed doświadczeniem wstrząsu psychicznego. Poza tym prof. J. Bogusz zauważa, że każdy dojrzały, dorosły człowiek, na każdym etapie swojego życia, powinien mieć uregulowane wszelkie sprawy majątkowe i służbowe. Niezależnie od choroby czy operacji, powinien mieć sporządzony testament. Na pojawiający się zarzut, że brak świadomości umierania uwłacza

⁴ J. Bogusz, *Lekarz i jego chorzy*, PZWL, Warszawa 1984, s. 21.

ludzkiej godności, prof. Bogusz odpowiada, że podtrzymywanie w umierającym człowieku nadziei na życie, nie ma nic wspólnego z brakiem poszanowania jego godności⁵.

Odmienną postawę w poruszonym zagadnieniu, prezentuje dr Elisabeth Kübler-Ross, której praca pt. *Rozmowy o śmierci i umieraniu* ukazała się w 1979 roku. Autorka dzieli się doświadczeniem bardzo trudnej rozmowy z nieuleczalnie chorymi hospitalizowanymi pacjentami, w czasie której zdecydowana większość spośród nich była już świadoma ostatecznego rozpoznania i zbliżającego się kresu życia. Autorka opisuje kolejno następujące po sobie etapy reakcji emocjonalnych chorego człowieka, w odpowiedzi na tragiczną wiadomość; są nimi zaprzeczenie i izolacja, gniew, targowanie się, depresja i wreszcie pogodzenie się z nadchodzącym nieuniknionym końcem życia. Kübler-Ross jest zdania, że większość pacjentów zna diagnozę swej choroby, nawet jeżeli o niej z nimi nie rozmawiamy: „Wyczuwają to w nadmiernej troskliwości rodziny, w zmienionej nagle postawie znajomych, w ich ściszonych głosach, czy w unikaniu przez lekarza obchodu, poznają po płaczącej minie krewnego czy ponurym uśmiechu kogoś z przyjaciół, kto nie potrafi ukryć swoich prawdziwych uczuć”⁶. Dr Kübler-Ross zwraca uwagę na fakt, że przede wszystkim my sami musimy w sposób możliwie dojrzały patrzeć na śmierć i w jej obliczu nie starać się rozmawiać z pacjentem o tzw. pięknej pogodzie, bo „domyślny pacjent weźmie udział w tej grze i rozmawiać z nami będzie o przyszłej wiosnie, nawet jeśli w pełni zdaje sobie sprawę, że jej nie doczeka”⁷.

Niemniej jednak autorka podkreśla, że warunkiem niezbędnym do podjęcia z pacjentem próby dialogu o śmierci i umieraniu jest wyrażenie zgody przez samego chorego, bowiem tylko wtedy będzie on silniejszy, a tym samym będzie mieć nieco większą szansę „łatwiejszego” poradzenia sobie ze świadomością nadchodzącego końca jego życia. Ponadto, jest ona zdecydowanym przeciwnikiem próby określania ilości dni, miesięcy, czy lat życia, które choremu pozostały. Musimy zdawać sobie jasno sprawę z faktu, że jest to tajemnica, której medycyna sama w sobie, z wiadomych względów, nie jest w stanie w żaden sposób precyzyjnie określić, czy też przewidzieć. Może się natomiast nad nią, z całą właściwą medycynie pokorą, *pochylić*. Jednocześnie autorka podkreśla znaczenie tej wartości, którą jest wiara w istnienie nadziei na ..., chociażby jakiś nowy lek! Kübler-Ross w swojej pracy

⁵ Zob. *Konferencja znawców (panel dyskusyjny)*, [w:] *Chorzy w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medycynie*, Bydgoskie Towarzystwo Naukowe, Bydgoszcz 1985, s. 81.

⁶ E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, PAX, przeł. I. Doleżał-Nowicka, Warszawa 1979, s. 41.

⁷ Tamże, s. 37.

zauważa również istnienie pewnej zależności pomiędzy stanem materialnym i wymiarem życia duchowego pacjenta przed chorobą, a jego zdolnością, a tym samym stopniem, nazwijmy to, pewnej dojrzałości wewnętrznej do przyjęcia tragicznej prawdy o chorobie i zbliżającej się śmierci.

Zdaniem innych autorów, takich jak R. Pachecka i J. Sobczyński, brak rzetelnego informowania powoduje, że chory traci zaufanie do skuteczności leczenia, w efekcie czego „problem jego choroby, ciągle pozostaje nierozwiązany”⁸. Umierający pacjent, stając w obliczu tajemnicy nadchodzącej śmierci, odczuwa potrzebę głębokiej, w wymiarze duchowym, rozmowy, która będzie dla niego źródłem wiary chociażby w tę rzeczywistość, że ze swoim ogromnym cierpieniem, nie jest osamotniony. Jeszcze inny autor, P. Konopka, jest zdania, że przekazywanie pacjentowi pełnej informacji, chroni lekarza przed nadużyciem „lekarskiej władzy”.

J. Brehant, francuski lekarz, onkolog, zajmując się kwestią umiejętności przedstawiania chorym prawdy, mówi o dylemacie, jakim są sytuacje, w których choroba o długotrwałym przebiegu (nawet kilku lat), już w momencie rozpoznania ma niepomyślne rokowanie, podczas gdy pacjent czuje się jeszcze dobrze⁹. W tym przypadku, autor mając świadomość istnienia ścisłej zależności pomiędzy psychicznym i somatycznym obrazem człowieka, jest zdania, że należy zachować daleko idącą ostrożność w przekazywaniu szczególnie trudnych treści, ponieważ stan zdrowia pacjenta, u którego jawny przebieg choroby pozostaje jeszcze w jakimś stopniu zamaskowany, pod wpływem tragicznej informacji może się nagle pogorszyć, a nawet przyspieszyć jego śmierć.

Z kolei nieżyjący już prof. A. Kępiński, psychiatra, pisze: „ Etos zawodowy zobowiązuje lekarza do informowania pacjenta o powadze sytuacji o tyle, o ile on sobie tego życzy, podchodząc do rzeczy rozsądnie. Rozstrzyga sposób informacji. Nawet, gdy sytuacja jest bardzo poważna, lekarz pozostawia możliwość nadziei. Nie wypowie się nigdy, co do możliwości rychłego zgonu bez podkreślenia, że opinia każdego lekarza może być błędna. Lekarz nie wyda orzeczenia podobnego do gromu z jasnego nieba, ale stopniowo będzie

⁸ Zob. A. Pawlik, *Stany terminalne a prawo pacjenta do prawdy*, [w:] *Refleksje nad etyką lekarską*, red. K. Osińska, PAX, Warszawa 1992, s. 152.

⁹ Zob. J. Brehant, *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*, przeł. U. Sudolska, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1980, s. 62.

usiłował wyjawić powagę sytuacji, uwzględniając zarówno zdolność pacjenta do przyjęcia informacji, jak i oczywiście czas, jaki mu pozostawia przebieg choroby”¹⁰.

3. Utylitarystyczne i eutanatyczne ujęcie kresu życia i cierpienia terminalnego

Jak zauważa J. Brusilo, „aktualnie, coraz częściej spotykamy się z narastającym problemem dehumanizacji medycyny, szczególnie w odniesieniu do ciężko chorych i umierających pacjentów. Przyczyn tego zjawiska możemy szukać na trzech płaszczyznach: „załamania etosu hipokratejskiego, zachwiania paradygmatu leczącej funkcji medycyny i zagubienie nadprzyrodzonego sensu życia i cierpienia”¹¹. Jeśli chodzi o pierwszą płaszczyznę dehumanizacji relacji lekarz-pacjent, celem medycyny hipokratejskiej było dobro chorego, do czego zresztą nawiązuje treść art. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej zarówno z 1993 roku, jak i znowelizowanego z 2003 roku: „Najwyższym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego”. W tym kontekście prof. K. Szewczyk słusznie stwierdza: „że celem działań medycznych jest nie tyle chory człowiek, ile przede wszystkim «życie i zdrowie ludzkie» oraz «przeciwdziałanie cierpieniu». Takie ujęcie zadań medycyny sprawia, że życie i brak cierpień poczynają odrywać się od jednostki i stają się czymś na kształt platońskich samoistnych bytów idealnych. Z pola widzenia lekarza, znika cierpiący chory, a jego miejsce zaczyna zajmować abstrakcja: pojęcie zdrowia i choroby, życia i cierpienia. Zgodnie ze swą nazwą służba zdrowia mniej służy ludziom, a bardziej oderwanym od nich wyidealizowanym celom”¹².

Druga płaszczyzna zmian w obszarze lekarz-pacjent, wiąże się ze zmianą paradygmatu medycyny, która od początku swego istnienia miała jeden cel – leczenie człowieka. Zredukowanie istoty człowieka tylko do sfery biologicznej i psychicznej, pozwala na jednoznacznie negatywną ocenę bólu i cierpienia, a tym samym dopuszcza eutanazję w imię utylitarystycznego i praktycystycznego sytuacjonizmu. Współczesny lekarz medycyny może stanąć przed wieloma systemami myślenia w zakresie cierpienia, umierania i śmierci. Brusilo zwraca uwagę na niezmiernie istotny fakt, mówiący, że „od czasów Hipokratesa, na przestrzeni długich wieków, rola etyki w postępowaniu lekarskim coraz bardziej zaczęła się

¹⁰ Zob. H. Miśkiewicz, *Wybrane problemy moralne w postępowaniu z chorym na choroby wewnętrzne*, [w:] *Refleksje nad etyką lekarską*, red. K. Osińska, WAW, Warszawa 1992, s. 88.

¹¹ Zob. J. Brusilo, *Lekarz wobec kresu życia ludzkiego w nauczaniu Kościoła i dokumentach świeckich*, PAT, Kraków 2004, s. 279.

¹² K. Szewczyk, *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*, PWN, Warszawa-Lódź 2001, s. 178-179.

zmniejszać. To, co stanowiło istotę więzi w etyce (zaufanie, dobroć, życzliwość) zostało zdewaluowane przez postęp technologii medycznych (szczególnie przedłużających życie) i merkantylizację zawodu lekarskiego, podobnie jak zostały odrzucone tradycyjne wartości religijne i filozoficzne od wieków stojące u podstaw kultury zachodniej.

Podważanie celów i funkcji medycyny hipokratejskiej nastąpiło w pojęciu nie tylko dobrego lekarza, ale także na polu rzeczywistego dobra pacjenta we współczesnej praktyce medycznej, zwłaszcza u kresu życia. Zamiast rzeczywistego tradycyjnego dobra pacjenta, czyli zaufania do lekarza, bezinteresowności leczenia, pełnej szacunku opieki nad chorym, wraz z pojęciem autonomii pojawiły się dobra już nie rzeczywiste, ale drugoplanowe, takie jak prawo do samostanowienia, wybrana jakość życia, życzenia odnoszące się do leczenia i umierania. Kryzysu etyki medycznej i kryzysu ideału lekarza, na początku XXI wieku, nie da się ukryć. To, co stanowiło paradygmat tej etyki, tekst lekarza z Kos, po kilku tysiącach lat funkcjonowania, przestał lekarzy dotyczyć. „Przysięga Hipokratesa, która stanowiła szkielet tradycyjnej etyki medycznej, jest w niebezpieczeństwie całkowitego rozmycia”¹³ i jak zauważają Edmund Pellegrino i David Thomas, „zdaniem niektórych bioetyków, przysięga ta jest czymś martwym i bezużytecznym. Społeczeństwo skłania się ku autonomii i kontraktualistycznie formułowanych zaleceń. Dziś trudno znaleźć jakiś wspólny zbiór norm etycznych, który mógłby charakteryzować »dobrego lekarza«”¹⁴. Skutek takiej sytuacji jest jaskrawo widoczny w takiej kwestii życia i śmierci jak eutanazja. Proces dehumanizacji, autonomizacji i technologizacji w ramach relacji lekarz-pacjent i zasad tradycyjnej etyki lekarskiej, szybko może doprowadzić do zmian w pojęciu istoty medycyny. Chodzi o, charakterystyczne dla współczesności, upodobanie do obserwacji empirycznej, procedury naukowej obiektywizacji, postęp techniczny i pewne formy liberalizmu, co może prowadzić nie tylko do absolutyzacji ludzkiej wolności, ale także do poszukiwania uzasadnień w psychologii czy socjologii.

Przykładem takiego systemu rozumienia człowieka i kresu jego życia jest tzw. „światopogląd tajgetejski” opisany przez polskiego lekarza pracującego w Holandii, badacza filozofii tajgetejskiej, dr R. Fenigsena. Zwraca on uwagę na dwa istotne zjawiska występujące we współczesnej mentalności niektórych środowisk odpowiedzialnych za walkę z bólem i cierpieniem. Są to kryptanazja, czyli odbieranie życia ludziom potajemnie bez ich zgody i

¹³ Zob. J. Brusilo, *Lekarz wobec kresu*, dz. cyt., s. 286.

¹⁴ E.D. Pellegrino, D.C. Thomas, *For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*, Oxford University Press, New York 1987, s. 21-46.

wiedzy, aby uwolnić ich od cierpienia oraz pogląd mówiący, iż należy eliminować ze społeczeństwa ludzi słabych, starych i chorych, aby skrócić ich cierpienia¹⁵. W istocie mamy do czynienia z eliminowaniem podmiotu bólu, tzn. eliminowaniem żyjącego człowieka. Niektóre argumenty lekarzy „tajgetejskich” pojawiają się nie tylko wśród zwolenników eutanazji, ale również wśród lekarzy, którzy zagubili się w świecie wartości, i chociaż jeszcze zdają się wyznawać hipokratejskie zasady podejścia do opieki nad chorym, to jednak w istocie zaczynają się skłaniać w kierunku zasad utilitarnych.

Konsekwencje dla kresu życia wynikające z dehumanizacji hipokratesowo-samarytańskiego modelu medycyny skupiają się w jednym punkcie – eutanazji. W niej przede wszystkim kryje się niebezpieczeństwo zmiany paradygmatu leczenia i lekarza.

Bardzo ważna jest trzecia płaszczyzna – w dehumanizacyjnym procesie współczesnej medycyny charakterystyczne jest to, że lekarz decyduje o roli choroby i cierpienia, a nie chory. Pacjent nie jest najważniejszy, jego osoba sprowadzona zostaje do przedmiotu chorego, do jednostki chorobowej, która trzeba zdiagnozować, wyleczyć i w ten sposób zaliczyć kolejny ewentualny sukces na konto lekarza. W subiektywnym przeżyciu i zrozumieniu cierpienia, zwraca uwagę szereg czynników wpływających na postawy ludzi wobec dotykającego ich bólu i chorób; należą do nich treść i jakość wewnętrznego świata osoby, obecność bliskich, osobowość cierpiącego, dotychczasowe doświadczenia z bólem oraz chorobą w oczach pacjenta¹⁶. Poza sferą fizjologiczną i medyczną, dochodzi jeszcze cierpienie psychiczne, któremu bardzo często towarzyszy lęk. W poczuciu braku sensu cierpienia, w postawach uwłaczających niekiedy godności człowieka, stopień degradacji wartości i osobowości potęguje się w stanach terminalnych, w złym rokowaniu i w bezpośrednim zagrożeniu śmiercią. Bezradność wobec cierpienia, afirmacja wartości duchowych i psychicznych, potrzeby religijne często występują na przemian z buntem, agresją i depresją. Dehumanizacji cierpienia, szczególnie terminalnego, nie można jednak dopatrywać się w osobach chorych, ze względu na, przejawiającą się w różnej skali, degradację etyczną samego otoczenia. W kwestii dehumanizacji umierania i śmierci następuje dodatkowo merkantylizacja śmierci, wpływ polityki na system lecznictwa oraz odrzucenie dawnych rytuałów umierania i *misterium mortis*. Zamiast bogatych kulturowo relacji lekarz-

¹⁵ Zob. R. Fenigsen, *Eutanazja. Śmierć z wyboru?*, W drodze, Poznań 1997, s. 13.

¹⁶ Zob. W. Szewczyk, *Kim jest człowiek? Zarys antropologii filozoficznej*, Wydawnictwo Diecezji Tarnowskiej Biblos, Tarnów 1994, s. 77-79.

chory umierający i społeczeństwo-zmarły, powstał dziś rynek usługodawcy i usługobiorcy¹⁷. Poza tym, wobec utylitarystycznych i eutanatycznych wizji kresu życia i kontrowersji wokół chrześcijańskiej wizji sensu bólu i cierpienia, należy pamiętać o osobowościotwórczej i kulturotwórczej roli utrapień życiowych oraz głębokich przeżyć u kresu życia, których nie można opisać czy zrozumieć z dystansu wobec umierających.

4. Poszukiwania sensu cierpienia – dialog kultur i poglądów

Problemem otwartym pozostaje pytanie o sens ludzkiego cierpienia. T. Świrydowicz stwierdza, że cierpienie może stać się początkiem duchowego rozwoju człowieka i doprowadzić go do wewnętrznej dojrzałości i pełni człowieczeństwa. Zdaniem tego autora, jest to możliwe dlatego, ponieważ cierpienie odsłania prawdziwe oblicze duchowe człowieka i powoduje odrzucenie wszelkich iluzji, pozorów oraz masek. W cierpieniu człowiek wyraża własną osobowość, a także uczy się takich wartości, jak opanowanie, cierpliwość, wytrwałość oraz wrażliwość i otwarcie na drugiego człowieka. Doświadczenie choroby i cierpienia zmusza chorego do próby wnikliwej analizy, dokonania niekiedy zasadniczych zmian w dotychczasowym spojrzeniu na życie wraz z hierarchią wartości. Dzięki temu doświadczeniu, choroba staje się bogatym źródłem refleksji nad przemijalnością i skończonością ludzkiego bytu, zmuszając jednocześnie do zastanowienia się nad rzeczywistym wymiarem i sensem ludzkiego życia, do odkrycia prawdy o rodzącej się powoli umiejętności stawania się człowiekiem pełnym pokory. Tematyka dotycząca odkrywania sensu ludzkiego cierpienia, umierania, śmierci, była bliska także innemu autorowi, jakim był Viktor E. Frankl. Jego zdaniem cierpienie pozwala człowiekowi odnaleźć samego siebie, odkryć własne człowieczeństwo, godność osobową, a także własną drogę w życiu, jaką jest wypełnienie niepowtarzalnego posłannictwa i powołania. Poprzez podjęcie rozważań nad sensem tajemnicy ludzkiego cierpienia, człowiek doświadcza prawdy, w której śmierć pomimo tak ogromnego rozwoju nauki i techniki, także między innymi w zakresie nauk medycznych, nadal pozostaje nie tylko nieuniknionym, ale i ostatecznym kresem ziemskiego życia każdego człowieka, którego początkiem jest cierpienie. Frankl jest przekonany, że najistotniejszą potrzebą każdego człowieka jest poszukiwanie i odnalezienie sensu własnego życia, doświadczenie cierpienia oraz jednocześnie odkrywanie jego tajemnicy, której ostateczny

¹⁷ Zob. K. Szewczyk, *Lęk, nicość i respirator. Wzorce śmierci w nowożytnej cywilizacji Zachodu*, [w:] *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, PWN, Warszawa-Lódź 1996, s. 39.

sens zrozumiemy tylko w odniesieniu do wartości absolutnych, transcendentnych. Autor zauważa, że cierpienie sprowadzane, na początku jego trwania, do poziomu bytu cielesnego i psychicznego, przy jednoczesnym pominięciu jego bytu duchowego, staje się niemożliwe do zaakceptowania. Istotny przełom w doświadczeniu cierpienia, zdaniem Frankla, dokonuje się dopiero w momencie uwzględnienia, przez człowieka chorego, jego bytu duchowego. Autor ten jest również zdania, że sens ludzkiemu cierpieniu nadaje intencja, która to z kolei pozwala odkryć jego transcendentny charakter; to z kolei wymaga od chorego człowieka, swobodnego „uświęcenia” cierpienia poprzez przeżywanie go jako ofiary wyrażającej zgodę na umieranie. Zdaniem Frankla, ten akt staje się świadectwem ludzkiej dojrzałości pozwalającej odkryć i przyjąć coś, co jest zaledwie częścią prawdy o człowieku, w tym prawdy o jego umieraniu¹⁸. Transcendentny wymiar cierpienia sprawia, że człowiek nie odnajdzie sensu jego przeżywania, przy próbie jedynie ludzkiego patrzenia na nie.

Jak zauważa B. Luban-Plozza, wszelkie choroby i dolegliwości natury cielesnej odbijają się niemal zawsze na sferze psychicznej i duchowej, przyjmując postać lęku, depresji, duchowych napięć i załamania. Zatem leczenie jedynie samych objawów chorobowych jest niewystarczające, należy bowiem próbować docierać do wnętrza ludzkiej duszy. Autor zaznacza, że długotrwałe leczenie oznacza dla lekarza i pacjenta konieczność zdobycia się na odwagę i stanięcia w prawdzie przed podstawowymi kwestiami życia i umierania, a także przed próbą odpowiedzi na pytanie o sens cierpienia i śmierci. Jest to przyczyną, dla której lekarzowi oprócz fachowej wiedzy medycznej i psychologicznej, potrzebna jest również wiedza z zakresu filozofii, w tym ontologii, która będzie mogła być źródłem najwyższych ideałów człowieka i humanistycznych wartości¹⁹.

Z powyższego zestawienia poglądów i warunków współczesności wynika, że dialog lub izolacja człowieka chorego, cierpiącego i umierającego, są rzeczywistym sprawdzianem nie tylko etosu medycyny, ale również człowieczeństwa i budowanej przez człowieka (również chorego i umierającego) szeroko pojętej kultury. Tylko pogłębiony personalistycznie i duchowo dialog o nadziei i sensie cierpienia, może być szansą na afirmację sztuki leczenia w relacji lekarz-pacjent.

¹⁸ Zob. V.E. Frankl, *Homo patiens. Logoterapia i jej kliniczne zastosowanie. Pluralizm nauk a jedność człowieka*. Człowiek wolny, przeł. R. Czarnecki, J. Morawski, PAX, Warszawa 1984, s. 8-13.

¹⁹ Zob. J. Tarnawa, *Cierpienie, umieranie, nadzieja*, WAM, Kraków 2003, s. 89-92.

5. Specyfika i wyjątkowość personalistycznego dialogu o cierpieniu

Zasada personalistyczna, której treść wyrażona jest w sformułowaniach: *homo homini res sacra* – człowiek dla człowieka rzeczą świętą (stoicy) oraz *persona est affirmanda propter se ipsam* – osobie jako osobie należąca jest afirmacja (czyli miłość) dla niej samej (K. Wojtyła, T. Styczeń) – u podstaw moralności stawia godność osoby wraz z jej osobową naturą²⁰. Fundament antropologii i etyki personalistycznej, stanowi wyeksponowanie istoty godności osoby. K. Wojtyła wskazuje na zasadniczą różnicę pomiędzy pojęciem wartości samej osoby a wartością w osobie²¹: „wartość osoby jest nieutralna, przynależna przestępcy i świętemu, człowiekowi choremu, niepełnosprawnemu i zdrowemu. Miłość obejmująca wartości lub przymioty w osobie jest względna, jest to bowiem miłość utylitarna, interesowna, egoistyczna, czyli zwrócona ku temu co dana osoba posiada, a nie ku temu, kim jest”. Dlatego próba odmawiania komukolwiek prawa do życia, w tym niepełnosprawnemu, czy też terminalnie choremu człowiekowi, stanowi pogwałcenie jego wartości osobowej. Przyczyn takiego stanu rzeczy, należy dopatrywać się w pojęciu tzw. daltonizmu aksjologicznego, który neguje istnienie fundamentalnej prawdy, jaką jest niepodważalna egzystencjalnie wartość osoby ludzkiej nadająca sens także podstawowym wartościom społecznym zarówno w ich wymiarze moralnym, jak i ekonomicznym. Dlatego też medycyna, przyjmując potencjalnie zasadę jakości życia, automatycznie zdradziłaby swoje własne cele i zostałaby wciągnięta do realizacji różnych utopii, w których problem choroby i cierpienia, rozwiązuje się najprostszą z możliwych dróg, jaką jest eliminacja chorego człowieka. Z tego też powodu, bioetyka personalistyczna stawia u podstaw moralności ontyczno-aksjologicznie pojętą godność osoby²². Etyka personalistyczna dąży do humanizacji współczesnego świata kultury i cywilizacji, co w znacznym stopniu znajduje swoje odzwierciedlenie w realizacji, co należy wyraźnie podkreślić, humanistycznej misji profesji medycznej. Dlatego też, w zależności od norm moralnych, jakimi nadal będzie kierować się medycyna, zależeć będzie również moralny kształt naszej kultury²³.

Karta Pracowników Służby Zdrowia określa lekarza mianem „sługi życia” i w kontekście relacji międzyosobowej można przeczytać, że „działalność medyczno-lecznicza opiera się na

²⁰ Zob. T. Biesaga, *Elementy etyki lekarskiej*, Wydawnictwo Medycyny Praktycznej, Kraków 2006.

²¹ Zob. K. Wojtyła, *Miłość i odpowiedzialność*, Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego KUL, Lublin 1982, s. 74.

²² Zob. T. Biesaga, *Wartość życia ludzkiego w ujęciu etyki personalistycznej*, „Seminare” 2003, nr 19, s. 169-175.

²³ Zob. T. Biesaga, *Elementy*, dz. cyt., s. 56.

mającej szczególną naturę relacji międzyosobowej. Jest ona: spotkaniem »między zaufaniem i uczciwością«. To »zaufanie« człowieka naznaczonego cierpieniem i chorobą, będącego zarazem w potrzebie, który powierza się »uczciwości« innego człowieka, który może przyjąć na siebie ową potrzebę, i który wychodzi naprzeciw, by towarzyszyć, opiekować się, leczyć. Takim właśnie jest pracownik służby zdrowia²⁴. Szukając ideału lekarza wobec człowieka umierającego, trzeba wskazać na istnienie absolutnego standardu etycznego, niezmiennego od wieków dotyczącego nie tylko lekarza, ale każdego człowieka.

Dlatego umiejętność podjęcia przez lekarza dialogu personalistycznego, który wprowadzi umierającego pacjenta w świat wartości transcendentnych, a więc nieprzemijających, otwierających przed nim horyzont nowej perspektywy nieskończonego wymiaru życia, pozwoli w tak krytycznym i jednocześnie decydującym momencie jego życia, odzyskać nadzieję i wiarę. Nie chodzi tu tylko o wiarę religijną, to jest także (a może przede wszystkim) wiara w człowieka, wiara w to, że się nie jest pozostawionym samemu sobie, a wszystko, czego chory, w przerastającym go cierpieniu, doświadcza ma głęboki sens nie tylko dla niego samego, ale także dla otaczających go osób, w tym samego lekarza.

Podsumowanie

Nauka i technologie przedłużające życie rozwijają się nadal, ale rozwój etyczny lekarza wydaje się spowalniać. Czy zatem nurty utylitarystyczne w etyce i po cichu wkradająca się do opieki terminalnej praktyka działań eutanatycznych (nie zawsze w formie radykalnego skrócenia życia) pozwolą godniej i lepiej żyć człowiekowi XXI wieku? Nie tylko chodzi o komfort życia, ale o relacje: pogłębione, dynamiczne, twórcze i przynoszące dobro. Czy ból fizyczny, cierpienie psychiczne, lęk, poczucie braku sensu cierpienia, bezpośrednie zagrożenie śmiercią w samotności, bunt, agresja i beznadzieja towarzyszące dehumanizacji cierpienia terminalnego, merkantylizacja śmierci, bezdusność systemu leczenia nie wymagają dialogu personalistycznego?

Wydaje się, że w otoczeniu maszyn i procedur człowiekowi choremu (a właściwie to każdemu człowiekowi...) najbardziej potrzeba drugiego człowieka, najlepiej lekarza. Dialog w relacji lekarz-pacjent zakłada nie tylko samą sferę werbalną, informacyjną, ale pozwala na otwarcie się obu stron dialogu, większe zaufanie, bezinteresowność, wrażliwość, troskę.

²⁴ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, [w:] *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, red. K. Szczygieł, Wydawnictwo Diecezji Tarnowskiej Biblos, Tarnów 1998, s. 549-550.

Dialog ma szansę stać się czynnikiem terapeutycznym poprzez – jak powiedziano wyżej, przy definicji dialogu – wspólne działanie.

Personalistyczna etyka lekarska jest w stanie zapewnić autentyczny dialog między lekarzem i pacjentem. W opiece lekarskiej stan terminalny jeszcze bardziej wymaga tych cech, które umożliwiają dialog lekarza z pacjentem umierającym. Współczesny kryzys człowieczeństwa, wartości i dialogu międzyosobowego tym bardziej jeszcze skłania do przyjęcia personalistycznego modelu dialogu w medycynie. Dla mnie, jako lekarza, ten wybór jest oczywisty.

Maria Jagiełło

Edukacja w perspektywie życia na emigracji

ABSTRAKT

Artykuł dotyczy problemów edukacyjnych na emigracji w Wielkiej Brytanii. Najpierw rozważone zostały zagadnienia związane z dwujęzycznością i adaptacją do nowych warunków edukacyjnych. Następnie podjęta została próba uchwycenia istoty brytyjskiego modelu edukacyjnego konfrontującego umiejętności teoretyczne z praktyką oraz zwrócona została uwaga na indywidualny aspekt nauczania i uczenia się. Na koniec przybliżona została struktura systemu angielskiej edukacji.

Zainteresowanie powyższym tematem zrodziło się z autopsji, kiedy to emigrowałam z moją rodziną do Anglii. W Polsce pracowałam jako nauczyciel akademicki, tutaj zaś jako nauczyciel wspierający oraz koordynator do nauczania studentów z angielskim jako językiem dodatkowym. Dlatego też rozważania na powyższy temat opieram zarówno na doświadczeniu zawodowym, jak również osobistym, będąc mamą dwójki dzieci, dziesięcioletniej córki i dwunastoletniego syna.

Dwujęzyczny charakter edukacji

Z perspektywy emigracyjnej, najbardziej charakterystyczne i zarazem normalne staje się zjawisko dwujęzyczności. W przypadku edukacji dzieci, zarówno ich życie szkolne, jak i domowe zaczyna być bilingualne. Należy pamiętać, że jest to ogromna zmiana w życiu łącząca się z nowym środowiskiem, odmienną kulturą, różnym systemem szkolnym itp. W zależności od stopnia zaawansowania rodziców i ich umiejętności operowania obcym językiem, w tym przypadku angielskim, adaptacja do nowych warunków może przebiegać łatwiej. Nie tylko pomoże to im samym, ale również dzieciom w odnalezieniu się w nowych warunkach. Znacznie łatwiej będzie przebiegać komunikacja ze szkołą, nawiązywanie nowych znajomości i radzenie sobie w zwykłych czynnościach takich jak praca, załatwianie spraw urzędowych itp. Całe życie na emigracji zaczyna opierać się na komunikacji zarówno w języku ojczystym, jak i obcym. Należy przy tym pamiętać, że owa adaptacja będzie zależeć również od tego czy dzieci uczyły się wcześniej języka obcego, od ich wieku i od dojrzałości emocjonalnej oraz przygotowania ich do zmiany miejsca i warunków życia.

Z własnej obserwacji mogę powiedzieć, że dzieci i młodzież charakteryzuje dosyć szybka zdolność adaptacji, oczywiście proces ten nie jest pozbawiony trudności, zwątpienia,

zniechęcenia i frustracji wywołanej brakiem rozumienia obcego języka. Na szczęście szkoły przygotowane są do takich sytuacji i tzw. „uczniowie EAL” (English as an Additional Language) objęci są natychmiastową opieką merytoryczną i pedagoga szkolnego. Wykwalifikowani nauczyciele sprawdzają poziom znajomości języka i na tej podstawie przygotowują pomoc w postaci dodatkowych lekcji, dodatkowego wsparcia podczas lekcji, zaopatrzenia uczniów w słowniki lub przywilej dodatkowego czasu na egzaminach.

Nieoceniona jest również pomoc rówieśników i mowa ciała, która radzi sobie z każdą barierą językową. Dodatkowo ów podwójny charakter edukacji jest kreowany przez polskie szkoły i kluby gdzie większość dzieci uczęszcza w weekendy w celu podtrzymywania szeroko rozumianej polskości.

Edukacja między teorią a praktyką

Kolejna cecha edukacji w perspektywie życia na emigracji to jej odmienny charakter, cele oraz wartości cenione w danej społeczności.

W porównaniu z polskim systemem edukacji, tutejsza ma charakter bardziej pragmatyczny, co objawia się nastawieniem na zdobycie życiowych umiejętności i wykorzystania zdobytej wiedzy w prawdziwym życiu. Szczególnie charakterystyczne są konotacje z progresywizmem Johna Deweya¹. Przejawia się to w uczeniu przez działanie, badanie, eksplorację środowiska, szeroko pojęte doświadczenie. Teoria sprawdzana jest w działaniu i wyniesiona z niego. Dobrym przykładem jest tu uczenie się odczytywania temperatury na termometrze. Uczniowie robią to poprzez doświadczenie. Dzieci zostają podzielone na zespoły i z arkuszem obserwacyjnym i termometrem chodzą po szkole i ogrodzie, sprawdzając temperaturę w różnych miejscach. Potem zapisują wyniki, następnie kolejno uczą się je przedstawiać np. w postaci wykresów. Uczenie encyklopedyczne sprowadzone zostaje do minimum albo nie istnieje wcale. Nauczyciel jest swego rodzaju liderem edukacyjnym, który prowadzi, pokazuje jak i gdzie zdobyć wiedzę, jak ją potem efektywnie zastosować i wykorzystać w zmieniającej się rzeczywistości. Jego rolą nie jest wykład przy tablicy ale zachęcanie uczniów do myślenia, główkowania, poszukiwania wiadomości stąd bardzo popularne są tu prezentacje, praca z tablicą interaktywną, wykorzystanie komputerów, iPodów, prowokowanie uczniów do bycia kreatywnym, wykonywanie plakatów, banerów reklamowych, pisanie listów, wierszy itp. Równie charakterystyczne jest rozwijanie inteligencji emocjonalnej, co łączy się z rozwijaniem empatii, zwracaniem uwagi na uczucia i myśli drugiej osoby. Oczywiście oprócz

¹ John Dewey (1859 – 1952), filozof i pedagog. Główny przedstawiciel progresywizmu. Twórca koncepcji szkoły pracy opartej na uczeniu się przez działanie.

dominujących metod aktywizujących, nadal wykorzystywane są podające, ale są one ograniczone do koniecznego minimum.

Szeroko stosowana jest także metoda tzw. „buddy system.” Uczniowie są zachęceni do wzajemnej pomocy i wsparcia, na ścianach wiszą motywujące plakaty, mówiące o tym, że kiedy nie wiesz, co dalej, spróbuj sam, spytaj kolegi a dopiero potem nauczyciela. Wiele projektów wykonywanych jest w parach lub mniejszych zespołach. Idea uczenia się przez działanie wsparta zostaje przez szerokie zastosowanie nowoczesnych mediów. Każdy uczeń ma swoje konto z adresem mailowym. Dzięki temu pozostaje w kontakcie z nauczycielem i uczniami. Mogą oni dzielić się swoimi pomysłami lub częścią projektów, za które są odpowiedzialni. Także praca domowa w większości jest zamieszczana na tzw. stronie „Show my Homework” gdzie rodzice też mają dostęp.

Pozytywny i zindywidualizowany charakter edukacji

Równie popularne jest zastosowanie komunikacji pozytywnej wraz z aktywnym słuchaniem opartej na wspieraniu i wyrażaniu uczuć a nie ocenianiu i osądzaniu. Dodatkowo ma ona charakter wzmacniający. Przy każdej możliwej okazji uczniowie są chwaleni, zauważa się najdrobniejszy wysiłek i powodzenie a potem wskazuje na braki, które wymagają bardziej wyężonej pracy. Kształtowanie pozytywnej postawy wobec uczenia się jest silnie związane z behawiorystycznym wzmacnianiem pozytywnym. Oznacza to, że zarówno za pomocą pochwały słownej, wysokiej oceny, dyplomów, stosowane są naklejki, słodycze, punkty wszystko po to, by pozytywnie wzmocnić pożądane zachowanie i zachęcić uczniów do dalszej pracy. Oczywiście sankcje są również stosowane, ale mają charakter pedagogiczny, służą rozwojowi moralnemu, eliminowaniu zachowania społecznie nieakceptowanego i uniknięciu niebezpieczeństwa. Przykładem jest nagana słowna, odebranie przywilejów, brak nagrody albo odosobnienie tzw. „seclusion room” gdzie niesforni uczniowie są odizolowani i realizują dany temat z podręcznikiem, pozbawieni są interesującej lekcji i kontaktu z kolegami. Najpoważniejszą z sankcji jest tymczasowe zawieszenie ucznia w obowiązku szkolnym.

Etos edukacji pozytywnej oparty jest na idei dyscypliny. Ma ona na celu stworzenie przyjaznych warunków do uczenia się. Szkoła ma być miejscem nie tylko rozwoju intelektualnego, ale także społecznego, emocjonalnego i fizycznego gdzie zaspokajane są potrzeby uczniów. Przede wszystkim uczniowie mają się tu czuć dobrze i bezpiecznie, bo tylko szczęśliwi uczniowie to uczniowie odnoszący sukces. Model ten opiera się na 7 głównych zasadach:

- zmiana zachowania potrzebuje czasu,
- przestań robić rzeczy nie przynoszące efektu,
- bądź sprawiedliwy traktuj uczniów indywidualnie
- zasady powinny mieć sens
- dawaj dobry przykład
- odpowiedzialność jest ważniejsza niż posłuszeństwo
- zawsze traktuj uczniów z godnością.

Powyższe zasady są sprzężone z trzema dodatkowymi wskazaniem: skierowanymi szczególnie do uczniów: dbaj o siebie, dbaj o innych oraz dbaj o szkołę i jej mienie.

Wysoko promuje się indywidualne podejście do ucznia i zróżnicowanie poziomów nauczania. Zwykle w szkole podstawowej w ramach jednej klasy dzieci podzielone są na mniejsze grupy w zależności od stopnia zaawansowania, zaś w szkole średniej jest np. siedem klas pierwszych zróżnicowanych poziomem umiejętności dzieci. Oczywiście jest to system drożny i jeśli uczeń dokonuje postępów, zostaje przesunięty wyżej. Dotyczy to również przejścia do klasy z niższym poziomem, jeśli bieżący poziom sprawia uczniom trudności w osiągnięciu minimum programowego. Decyzja taka nie jest podejmowana pochopnie. Bierze w niej udział uczeń, rodzice, dyrektor szkoły i nauczyciel. Może zdarzyć się tak, że uczeń odmówi przejścia do innej klasy z powodów koleżeńskich.

Jedno jest pewne: rozwój, nastawienie na sukces osiągnięty wysiłkiem i pracą, pobudzanie naturalnych zdolności i predyspozycji oraz odpowiedzialność za swoje poczynania i decyzje to główne idee przyświecające tutejszej edukacji.

Etos wzajemności oraz współodpowiedzialności za proces uczenia się jest kształtowany od najmłodszych lat. Jego realizacja polega na współuczestniczeniu uczniów w ustalaniu poziomów edukacyjnych jakie chcą osiągnąć, wraz z sugerowanym/oczekiwanym poziomem przez nauczycieli oraz ogólnie przez Departament Edukacji. W rzeczywistości szkolnej wygląda to w ten sposób, że uczniowie są informowani, na jakim poziomie się znajdują a na jakim potencjalnie mogą być. Dodatkowo funkcjonuje system samooceny – „self assessment” oraz ocenianie przez rówieśników – „peer assessment”. Ocena nie jest więc przywilejem jedynie nauczyciela. Niemalże po każdej lekcji uczniowie proszeni są o dokonanie komentarza w zeszycie: co poszło dobrze, czego się nauczyli, co im się podobało – WWW (what went well) oraz co można usprawnić, zmienić, polepszyć – EBI (even better if). Odnoszą się również do komentarzy nauczycieli umieszczonych jako *feedback* pozwalający na korekcję błędów i dalsze doskonalenie.

Zachęcanie uczniów do udziału w szerokiej gamie zajęć poza szkolnych; drama, chór, sporty, taniec itp. także rozwija w nich poczucie odpowiedzialności za własny rozwój i sukces edukacyjny.

W tym miejscu uzasadnionym wydaje się przybliżenie struktury systemu edukacji angielskiej. Obowiązek szkolnictwa obejmuje dzieci w wieku 5-16 lat. Każdy rok szkolny dzieli się na trzy części (trymestry): **trymestr jesienny** – wrzesień-grudzień, **trymestr wiosenny** – styczeń-kwiecień i **trymestr letni** – kwiecień-lipiec. W połowie każdego trymestru uczniowie mają tygodniowe ferie tzw. „half-term,„. Cała edukacja dzieli się na pięć stopni:

- nursery i pre-school - przedszkole 3-5 lat
- primary school - szkoła podstawowa 5-11 lat
- secondary school - średnia 12-16 lat
- further education - kształcenie pomaturalne 16-18 lat
- higher education - kształcenie wyższe 18+

Począwszy od trzech lat, dziecko może uczęszczać do przedszkola, które nazywa się nursery school, playschool, playgroup lub kindergarten. Po ukończeniu piątego roku życia zaczyna się obowiązek szkolny trwający do ukończenia szesnastu lat.

Nauka w Primary school trwa sześć lat i obejmuje dwa etapy:

- (infant schools) szkoła małego dziecka - dla uczniów od 5 do 8 lat,
- (junior schools) szkoła dla dzieci starszych - dla uczniów od 8 do 11 lat.

W wieku lat dwunastu dziecko przechodzi do szkoły średniej: **secondary school** i pozostaje w niej przez lat pięć. Dla większości tj. ok. 90% uczniów szkoła średnia to comprehensive school, choć istnieje również na tym szczeblu grammar school oraz modern school. **Comprehensive schools** łączą różne kierunki nauczania ogólnokształcącego technicznego i przed zawodowego, co daje szeroką możliwość wyboru dalszej drogi życiowej.

Do **modern schools** uczęszcza ok. 5% młodzieży. Szkoły te mają charakter ogólnokształcący, a swymi programami obejmują trzy grupy przedmiotów: humanistyczne, matematyczno - przyrodnicze oraz praktyczne. Tylko 3% młodzieży trafia do **grammar schools**, które możemy zaliczyć do tradycyjnych szkół ogólnokształcących przygotowujących do studiów uniwersyteckich.

Nauka w primary i secondary school podzielona jest na cztery stopnie: **Key stage 1** – (5-7 lat); **Key stage 2** - (7-11 lat); **Key stage 3** – (11-14 lat) oraz **Key stage 4** –(14-16 lat).Na zakończenie każdego poziomu nauki uczniowie przystępują do egzaminów SATs, tj. w wieku 7, 11, 14 i 16 lat. Ostatni z tych egzaminów kończący szkołę średnią nosi nazwę **General Certificate of Secondary Education** (w skrócie GCSE), w Szkocji - Standard Grades. Umożliwia on kontynuowanie nauki w szkołach średnich, college'ach lub podjęcie pracy.

Wielu uczniów kontynuuje naukę jeszcze przez dwa lata (wiek 17-18 lat), w sixth form college. To jakby "szósta klasa" szkoły średniej. Nauka odbywa się zwykle w tej samej szkole, co do tej pory. Te dwa stopnie nauki – szczebla obowiązkowego oraz dodatkowego nie są bowiem formalnie oddzielone. Sixth form college przygotowuje do podjęcia studiów wyższych i nauka w nim ma w znacznym stopniu charakter akademicki, a kończy się egzaminami zwanymi **Advanced level examinations** – w skrócie A-levels, zdawanymi również w wybranej liczbie przedmiotów i będącymi jednocześnie egzaminami wstępnymi na studia. W wieku lat osiemnastu absolwent szkoły średniej może ubiegać się o przyjęcie do szkoły wyższej **College/University** na poziomie higher education. Szanse dostania się na dobrą uczelnię zależą od liczby A- levels i uzyskanych w nim ocen.

Studia są dwustopniowe.

1. Poziom pierwszy (tzw. first degree, odpowiadający naszym studiom na poziomie licencjackim) to w Anglii 3 -letni, a w Szkocji 4 -letni kurs, po którym uzyskuje się dyplom zwany Bachelor. Może to być, na przykład: Bachelor of Arts (w skrócie BA) – w naukach humanistycznych; Bachelor of Science (w skrócie BSc) – w naukach ścisłych; lub Bachelor of Laws (w skrócie LLB) – w zakresie prawa.
2. Poziom drugi (tzw. postgraduate degree, odpowiadający naszym studiom magisterskim) to zwykle roczne (taught courses) bądź dwu-letnie w przypadku pracy naukowo-badawczej (research courses) kursy zakończone uzyskaniem dyplomu Master (MA, MSc). Do ich podjęcia wymagane są dobre wyniki z first degree. Istnieje oczywiście możliwość podjęcia dalszej nauki i badań naukowych, z myślą o napisaniu rozprawy doktorskiej i uzyskaniu stopnia doktora - a doctorate.

Zbliżając się do końca moich rozważań chciałabym jeszcze raz podkreślić, że decyzja o emigracji nie jest łatwa, wymaga wielu przemyśleń i przygotowań i ma wpływ na całe dalsze życie wszystkich członków rodziny. Jest to ogromne przeżycie, szczególnie dla dzieci i

młodzieży. Muszą oni niejednokrotnie podporządkować się decyzjom dorosłych i stanąć twarzą w twarz z nowymi wyzwaniami. Zaakceptowanie nowej sytuacji, adaptacja do nowych warunków życia, pójście do szkoły itp. to trudne i wymagające zmiany. Ich przebieg zależy, w ogromnej mierze, od przygotowania, znajomości języka obcego i wieku dzieci oraz ich poprzednich edukacyjnych doświadczeń. Wsparcie rodziców, szkoły, rówieśników nawiązywanie nowych znajomości wydają się w tym procesie nieocenione.

Z własnego doświadczenia mogę powiedzieć, że edukacja w perspektywie emigracji jest wyzwaniem trudnym, lecz przynoszącym korzyści władania dodatkowym językiem, budowania wartości własnej osoby, poszerzania horyzontów oraz bardziej wielokulturowego podejścia do świata i innych.

Marta Szabat

Meandry etyki troski

Maciej Uliński, *Etyka troski i jej pogranicza*, Wydawnictwo Aureus, Kraków 2012, s. 260.

Współcześnie etyka troski (*care ethics*) jest jednym z chętniej analizowanych nurtów etycznych. Przyczyn jej popularności można upatrywać, z jednej strony, w specyficznych warunkach społecznych i cywilizacyjnych związanych ze wzrostem zapotrzebowania na zawody tak zwane „opiekuńcze” dotyczące profesjonalnej opieki medyczno-socjalnej bądź pedagogicznej. Z drugiej strony wzrastająca emancypacja podmiotów w krajach o ustroju demokratycznym, w tym pacjentów, oraz gwarantowane im prawnie prawo autonomicznych wyborów prowadzą do niechęci w stosunku do wszelkich przejawów paternalizmu.

Maciej Uliński, autor pracy zatytułowanej *Etyka troski i jej pogranicza* rzetelnie prezentuje różnorodne aspekty etyki troski, poczynając od ogólnego zarysowania jej specyfiki, poprzez charakterystykę poszczególnych koncepcji tego rodzaju etyki, kończąc na wskazaniu niektórych teorii filozoficzno-etycznych mogących w pewien sposób uzupełniać bądź dopełniać niektóre założenia tytułowej etyki.

Książka składa się z czterech części. W pierwszej, zatytułowanej *Klasyczna etyka troski* czytelnik zostaje wprowadzony w tematykę, poznając etykę troski w jej najogólniejszym zarysie. Podjęte zostają następujące zagadnienia: antypaternalizm, sytuacjonizm i partykularyzm (antynormatywność), dowartościowanie uczuć i emocji (empatia jako źródło poznania), dialogiczność, analizy relacji bezpośrednich (przy szczegółowej analizie relacji pośrednich). Za cel zaś i istotę tej etyki uznane zostają: analiza logiki, psychologii i dynamiki całej gamy relacji, wyodrębnianie i opis cech charakteru sprzyjających budowaniu relacji troski, pomoc w kreowaniu etycznego „Ja”, opis patologii troski, określanie kryteriów wyboru przedmiotu troski w sytuacji konfliktu roszczeń i potrzeb, idealny dom jako paradygmat relacji społecznych oraz macierzyństwo jako swego rodzaju wzorzec społecznych zachowań. Realizację powyższych, ogólnych przesłanek autor pokazuje zarówno na przykładach prekursorów etyki troski, takich jak Milton Mayeroff czy Carol Gilligan, jak i na teoretykach etyki troski (koncepcje Sary Ruddick, Nel Noddings i Virginii Held). Pierwsza część jest najbardziej obszerna, przejrzysta napisana i czytelnik może się z niej wiele nauczyć w kwestii natury oraz celów prezentowanej etyki.

W drugiej części autor koncentruje się na rozszerzeniu perspektywy troski przede wszystkim o aspekty polityczne i instytucjonalne. W centrum rozważań znajdują się zagadnienia dotyczące relacji troski do innych wartości, przede wszystkim do autonomii oraz do sprawiedliwości. Bazując na analizach Grace Clement, Joan C. Tronto, Demut Bubeck, Oleny Hankivsky, Fiony Robinson, autor stawia pytania o możliwości realizacji ideałów etyki troski w warunkach instytucjonalizacji opieki na wielu społecznych polach. Jak już zostało wspomniane wyżej, problemy dotyczą przede wszystkim niektórych zawodów opiekuńczych. Pracownik chcący kierować się ideałami etyki troski ma utrudnione zadanie. Nie spotyka się bowiem wyłącznie z osobą/człowiekiem, ale spotyka się z „klientem”, „uczniem”, „podopiecznym” czy „pacjentem”, co oznacza wejście w relację profesjonalną i przyjęcie określonego modelu komunikacyjno-zawodowego. Wiąże się to z ograniczeniami systemowymi we wzajemnej relacji. Warto w tym miejscu przywołać słowa autora książki (nawiązującego do rozważań Grace Clement):

We wszystkich profesjach tego rodzaju nowe technologie i związane z nimi procedury postępowania stwarzają silne zagrożenie dla autonomii ich przedstawicieli. Ostatnie zmiany technologiczne i pomysły metodyczne (procedury) powodują jednak znaczącą specjalizację czynności zarówno opiekuńczych, jak nauczycielskich i znaczne ich rozłożenie na wiele wykonujących je podmiotów. [...] Oznacza to pewnego rodzaju dehumanizację zawodów troski. W przypadku profesji medycznych, kto inny bada, a właściwie wiele różnych osób bada różne organy, kto inny stawia diagnozę, kto inny wykonuje potrzebne zabiegi, jeszcze kto inny przepisuje dietę [s. 125].

W dalszej części pracy autor wskazuje na niektóre teorie moralno-społeczne mające z etyką troski wiele wspólnego choć nie identyfikujące się z nią. Zasadniczą podstawą rozważań w części trzeciej jest, z jednej strony, koncepcja Michaela Slote'a, przedstawiciela tak zwanej etyki cnót, z drugiej zaś teoria Daniela Engstera. Rozważania na temat troski o innych jako życzliwości wydają się nieodłącznie wpisane w rozważania etyki cnót, czyli etyki dotyczącej kształtowania ludzkiego charakteru. Teorie zaś państwa opiekuńczego czy też, jak w wypadku Engstera, „minimalnie opiekuńczego” również prowokują pytania o granice troski w stosunku do autonomii i sprawiedliwości społecznej.

W ostatniej części pracy zostały naszkicowane możliwe inspiracje podejmowane przez niektórych przedstawicieli etyki troski. Najciekawsze wydają się nawiązania Ruth C. Groenhout, która czerpie z etyki miłości św. Augustyna i z koncepcji podmiotu Emmanuela Lévinasa. Istotne jest również nawiązanie samego autora do etyki Tadeusza Kotarbińskiego i do jego moralnego wzoru „spolegliwego opiekuna”. Najbardziej jednak zaskakującą

inspiracją jest przywołanie przesłania XIV Dalajlamy diagnozującego najistotniejsze bolączki zachodniej cywilizacji w świetle własnej etyki opartej na wielowiekowej tradycji.

Niewątpliwą zaletą pracy jest uporządkowanie zasadniczych problemów, wątków, inspiracji, nazwisk. Czytelnik sięgający po lekturę na pewno „nie pogubi się” w rozmaitych nurtach etyki troski i w nawiązaniach do niej. Wydaje się, że książkę można traktować jako swoisty przewodnik po meandrach etyki troski a nawet jako podręcznik podstawowych pojęć i zagadnień związanych z tym obszarem etycznych rozważań. Jedynym mankamentem pracy wydaje się słabe wyeksponowanie krytycznych analiz samego autora ukrywającego się za kolejno analizowanymi koncepcjami. Jednakże głównym założeniem książki było prawdopodobnie przybliżenie i przedstawienie czytelnikowi tytułowej problematyki, stąd własne przemyślenia autora zeszły na drugi plan.

Maja Dados¹

Wolna wola/determinizm

Poziom edukacyjny: gimnazjum

Czas zajęć: 45 min

Pomoce dydaktyczne:

- rzutki (darts) ALBO piłeczki ping pongowe i kubki ALBO dwie kostki do gry
- wydrukowane karty wydarzeń i postaci

Cele: Uczeń dokonuje refleksji nad problematyką determinizmu i indeterminizmu.

Określa własne stanowisko w kwestii tego, co decyduje o ludzkim życiu, korzystając z pojęć właściwych obu koncepcjom.

Dostrzega związek między sądami odnośnie konkretnych wydarzeń, a ontologicznymi założeniami, jakie za nimi stoją.

Potrafi formułować tezy In/deterministyczne w kontekście kwestii np. odpowiedzialności.

Przebieg zajęć

1. **ĆWICZENIE** *Darts*

1. Uczniowie rzucają albo:

- rzutkami do tarczy,
- piłeczkami ping-pongowymi (lub kulkami z papieru) do kubków,
- kośćmi (1 i 2).

Każda rzutka/piłeczka/kość¹ ma przypisane zdarzenie ('BANKRUCTWO', 'SPADEK' itd.).

Każde pole tarczy/każdy kubek/każda kość² ma przypisaną osobę ('Andżela, lat 17,

¹Konspekt powstał w ramach projektu 'Jestem z Wrocławia, więc myślę' (link: www.nauczaniefilozofii.uni.wroc.pl/index.php/mlodzi-obywatele-kultury) i był konsultowany z grupą nauczycieli pracujących przy projekcie.

uczennica' itd.).

W ten sposób uczeń losuje bohatera i wydarzenie.

Czas: 5 min.

2. Zadaniem uczniów jest, po sparowaniu w grze wydarzenia z osobą, wykreowanie dalszego losu bohatera. Co się zmieniło? Jak to jedno wydarzenie wpłynęło na życie bohatera? Minihistorię uczniowie zapisują na kartkach.

Czas: 7 min.

3. Uczniowie wymieniają się swoimi opowieściami. Próbuje odgadnąć, kim był bohater i co wydarzyło się w jego życiu, a także odpowiadają na pytanie: Na mocy czego/co sprawiło, że dany bohater znalazł się w opisanej sytuacji? Swoje interpretacje zapisują na kartce.

Czas: 5 min.

4. Uczniowie zastanawiają się, czym się kierowali, kreując historie/usilując dociec genezy wydarzeń. Czy ich propozycje opierały się na przekonaniu, że życie człowieka w dominującym stopniu kształtują czynniki zewnętrzne czy wewnętrzne?

Czas: 5 min.

5. Odczytanie odpowiedzi. Konfrontacja Minihistorii oraz interpretacji.

Czas: 8 min.

2. **DYSKUSJA:** 'Każdy jest kowalem własnego losu' – ile w ludzkim życiu zależy od człowieka, a ile od wydarzeń losowych?

- Czy wydarzenie – tak jak w przypadku rzutki – może nie trafić/źle trafić? Co to oznacza?

- Czy można 'oszukać przeznaczenie'? Co to znaczy?

- Kto może kierować rzutkami?
- Czy człowiek może być predestynowany do podejmowania takich, a nie innych wyborów?
- Co wywiera na nas największy wpływ (geny, przebieg życia płodowego, otoczenie, wspomnienia z dzieciństwa, ważne wydarzenia w dorosłym życiu itp.)?
- Co zmienia człowieka? Czy człowiek może siebie zmienić sam?
- Czyją winą/zasługą jest to, że jestem tym, kim i jaki jestem?
- Co wpływa na to, że jedni skłaniają się ku tezie, że los człowieka jest już ‘zapisany w gwiazdach’, a inni – oddają moc sprawczą w pełni w ręce człowieka?

Czas: 10 min.

3. ĆWICZENIE Pociągi

Uczniowie tworzą pociąg, który chodzi po klasie z zamkniętymi oczami: lokomotywa i wagony lokomotywy.

Na rozkaz ‘STOP’, który wydaje nauczyciel, pociąg zatrzymuje się i wszyscy otwierają oczy. „Lokomotywa” idzie na koniec pociągu, a kolejna osoba zostaje „Lokomotywą”.

Na rozkaz ‘START’ zamykają oczy i rozpoczynają kolejny ‘objazd’.

Zamieniają się tyle razy, żeby każdy z uczestników otrzymał możliwość prowadzenia ‘pociągu’.

Lepiej być wagonem czy lokomotywą? Dlaczego? Jakie są plusy, a jakie minusy obu opcji?

(W obu przypadkach nie mamy pewności, co jest przed nami. W jednym możemy sami poszukiwać drogi ‘w ciemności’, ale tym samym – ponosimy odpowiedzialność za nasze wybory. W drugim przypadku natomiast ‘płyniemy z prądem’ – chociaż idziemy ślepo, to mamy już wytyczony tor, a trudne decyzje zostają podjęte za nas.)

Czas: 5 min.

Załącznik: Bohaterowie oraz Wydarzenia

BOHATEROWIE

Bohater 1.

Bernadeta, lat 33, matka trójki dzieci. Kiedyś była piosenkarką, ale nie udało jej się zrobić kariery. Obecnie mieszka w Katowicach, z mężem alkoholikiem, od którego boi się odejść. Lubi oglądać programy przyrodnicze.

Bohater 2.

Kasia, lat 15, uczennica. Nie może „się pozbierać” po śmierci ukochanej babci. Rodzice są względem niej bardzo wymagający, Kasia nie może zdecydować, co by chciała robić w życiu. Niewiele rzeczy ją interesuje. Lubi piec muffiny i ceni filmy Tarantino. Podoba jej się Krzysiek ze starszej klasy, ale on nie zwraca na nią uwagi.

Bohater 3.

Jowita, lat 60, emerytowana nauczycielka. Wdowa po sławnym aktorze. TVN zamęczało ją telefonami, więc odcięła telefon. Ostatnio dowiedziała się, że jest chora na raka. Spędza czas z dziećmi i wnukami.

Bohater 4.

Marek, lat 45, biznesmen. Odziedziczył po rodzicach fortunę, której dużą część zainwestował i pomnożył fortunę razy cztery. Ma romans z sekretarką, seksowną brunetką Amelią. Jego dzieci (dwóch synów) uczęszczają do prywatnych szkół z internatem. W wolnym czasie Marek lubi pograć z kolegami w brydża.

Bohater 5.

Korneliusz, lat 24, kieszonkowiec. Dwa lata temu wyszedł z więzienia, gdzie siedział za pobicie. Obecnie pomieszkuje u znajomych z dawnych lat, w różnych zakątkach Krakowa. Nie lubi ludzi. Ceni sobie kryminały i miękkie narkotyki.

Bohater 6.

Ludwik, lat 32, ksiądz. Działacz społeczny i aktywista. Organizuje akcje charytatywne dla dzieci i młodzieży z Monaru i domów poprawczych. W przeszłości niesprawiedliwie oskarżony o pedofilię, wygrał sprawę, choć stracił zaufanie niektórych wiernych. Po cichu spotyka się z dawną konkubiną, Mariną.

Bohater 7.

Tyberiusz, lat 5, przedszkolak. Ma zdiagnozowane ADHD. Bystry dzieciak, szybko nauczył się czytać i liczyć. Lubi majsterkować. Jego rodzice są przeciętnie zamożni. Ojciec jest hydraulikiem, mama – psychologiem. Tyberiusz ma dwa koty, którymi się opiekuje.

Bohater 8.

Malwina, lat 19, prostytutka. Bitą przez ojca w dzieciństwie, uciekła z domu i trafiła pod skrzydła alfonsów. Mieszka w bardzo ładnym warszawskim apartamencie. Interesuje się malarstwem i w wolnym czasie lubi sama tworzyć. Wielkiego talentu nie ma, ale maluje poprawnie. Utrzymuje kontakt z matką, której przesyła pieniądze, ale która nie wie o pracy Malwiny.

Bohater 9.

Liwia, lat 20, ekspedientka. Przyłapała narzeczonego na zdradzie. Rzuciła studia i wyjechała nad morze, gdzie pracuje w lokalnym sklepiku z pamiątkami. Lubi pływać i zbiera pocztówki.

Bohater 10.

Barnaba, lat 21, student. Nie zaliczył połowy przedmiotów na studiach, ciągle imprezuje. Wykorzystał pijaną dziewczynę na jednej imprezie, na szczęście nikt się o tym nie dowiedział, ale Barnaba ma wyrzuty sumienia. Lubi kino Noir i poezję rosyjską.

WYDARZENIA

Wydarzenie 1.

KALECTWO

Wydarzenie 2.

BANKRUCTWO

Wydarzenie 3.

OGROMNY SPADEK PO DALEKIM WUJKU

Wydarzenie 4.

ODKRYCIE MAGICZNEJ MOCY TELEKINEZY

Wydarzenie 5

NIESPODZIEWANE DZIECKO

(albo: ciąża albo: znalezienie potomka)

Wydarzenie 6

WIELKA MIŁOŚĆ

Wydarzenie 7

ZŁODZIEJ W CIEMNYM ZAULKU

(napad)

Wydarzenie 8

ZNALEZIENIE BILETU LOTNICZEGO DO AZJI

Wydarzenie 9

NIEZNAJOMY OFERUJE ZMIANĘ TOŻSAMOŚCI

(świeży start)

Wydarzenie 10

NAGŁA ŚMIERĆ W WYPADKU

Maja Dados

Odpowiedzialność¹

Poziom edukacyjny: przedszkole.

Czas: ok. 55-60 min.

Ilość uczestników: ok. 10.

Cel: wspólny namysł nad tym, czym jest odpowiedzialność.

Pomoce dydaktyczne: Bajka o Bałwanku.

Przebieg zajęć:

1. Prowadzący dzieli dzieci na dwie grupy. Jedna zamienia się w stworzonka (zwierzątka), które wymagają opieki. Druga – w ludzi, którzy chcą te zwierzątka oswoić.

Prowadzący poucza drugą grupę, aby na początku nie wykonywała gwałtownych ruchów i łagodnie starała się wzbudzić zaufanie zwierzątek. Te z kolei mają się trochę bać i powoli otwierać się na człowieka.

Po kilku minutach, kiedy zwierzątka zostają ‘oswojone’ prowadzący ogłasza różne wydarzenia, na które grupy muszą odpowiednio zareagować, np.:

- zaczyna padać deszcz (ludzie tworzą parasol nad zwierzątkami, aby te nie zmokły), deszcz przestaje padać, dzieci znów się swobodnie bawią. Zaraz:
- przylatują wielkie ptaszyska i chcą porwać zwierzątka! Ludzie ochraniają je, następnie zaczynają odganiać złe ptaszyska,
- przychodzi powódź (ludzie i zwierzęta muszą schronić się na ostatnich suchych kawałkach łądu)
- nadchodzi zima (ludzie przytulają zwierzątka, żeby te nie zamarzły).

Czas: 10 min.

Następnie grupy zamieniają się, zabawa odbywa się ponownie.

Czas: 10 min.

¹ Konspekt powstał w ramach projektu ‘Jestem z Wrocławia, więc myślę’ (link: www.nauczaniefilozofii.uni.wroc.pl/index.php/mlodzi-obywatele-kultury) i był konsultowany z grupą nauczycieli pracujących przy projekcie.

2. Prowadzący i dzieci siadają w kółeczku i rozmawiają.

Prowadzący udziela dzieciom głosu wręczając maskotkę.

Prowadzący pyta:

- Kim woleliście być: zwierzątkiem czy człowiekiem? Dlaczego?
- Co było łatwiejsze?
- Jak się czuliście?
- Czy wszyscy ludzie dobrze opiekowali się zwierzątkami? A co robili nie tak?

Czas: 10 min.

3. Prowadzący czyta bajkę o Bałwanku (w załączniku).

Dzieci słuchają i relaksują się.

Po wysłuchaniu bajki dzieci opowiadają: jacy byli główni bohaterowie, co się wydarzyło, dlaczego.

Prowadzący pyta:

- Jak oceniacie zachowania Dudusia? (Dlaczego było złe?)
- Czy Duduś był odpowiedzialny za swoje maskotki?
- Co to znaczy być odpowiedzialnym?
- Za co lub kogo można być odpowiedzialnym?
- Kto jest za Was odpowiedzialny?
- Czy Wy jesteście za coś odpowiedzialni?
- Czy odpowiedzialność za maskotkę i za żywe zwierzątko wygląda tak samo? Jakie są różnice?
- Za co jesteśmy odpowiedzialni bardziej, a za co mniej?

Czas: 15 min.

4. Dzieci rysują na kartkach przykłady sytuacji, w których są za coś odpowiedzialni (np. siebie i swoje zwierzątka domowe, swoje zabawki, itd.).

Czas: 10 min.

Załącznik – Bajka o Bałwanku (autorstwa Mai Dados):

To był pierwszy dzień Bałwanka w nowym domu. Był bardzo podekscytowany. Jego nowy właściciel, Duduś, nazwał go Bałwankiem ze względu na jego bielutką sierść przypominającą świeży grudniowy śnieg. Od momentu, kiedy Duduś odebrał Bałwanka ze sklepu, cały czas go przytulał i mówił do niego pieszczotliwie: ‘mój Bałwanku’, ‘Bałwaneczku’, ‘Niuńku kochany’. Przez cały dzień się bawili. Z początku Bałwanek był troszkę onieśmielony i – choć chętnie bawił się z Dudusiem – odczuwał jeszcze niepokój i nutkę strachu; nie znał innego domu poza sklepem, to było dla niego coś nowego i nie wiedział, czego może oczekiwać. Oczywiście słyszał od innych ‘pluszaków’ historie o ich kolegach i koleżankach, które zostały kupione dzieciom na Gwiazdkę albo urodziny, i zaznawały wielu radości. Słyszał też jednak o dzieciach złych, które swoim ‘pluszacom’ wrywały nogi i rzucały nimi po pokoju. W ciepłych ramionach nowego pana lęk zaczął ustępować. Nowy pan dawał mu łakocie. Musiał go kochać. Na pewno go nie skrzywdzi. Bałwanek był wreszcie szczęśliwy.

Kolejne dni upływały na nieustannej zabawie: spacerach po pobliskim parku, turlaniu się po tapczanie, oglądaniu dobranocek. Duduś robił Bałwankowi zdjęcia i pokazywał je swoim przyjaciółom. Bałwanek czuł się dumny.

Pewnego dnia rozległ się głośny dzwonek do drzwi. ‘To pewnie goście! Mój pan im mnie pokaże, znowu będzie się mną chwalił! Wszyscy będą się ze mną bawili i głaskali moje miękkie uszka’ – pomyślał Bałwanek. Ale człowiek, któremu Duduś otworzył drzwi nie patrzył nawet na Bałwanka. Dał Dudusiowi kilka listów i dużą paczkę, po czym wyszedł w pośpiechu.

Duduś szybko rozpakował przesyłkę. W środku znajdował się ‘pluszak’, inny niż Bałwanek. Ten nowy był większy, brunatny i miał duże, szklane oczy. Bałwanek widział go kiedyś w sklepie, ale nie rozmawiał z nim. To była dużo droższa przytulanka i stała na najwyższej półce, do której nasz bohater nie miał dostępu.

Duduś sprawiał wrażenie zachwyconego. ‘Nazwę Cię Szpulek, bo przypominasz mi miękką i ciepłą szpulkę wełny, z jakiej babcia szyje szaliki’ – zwrócił się do nowego towarzysza, po czym zaczął go przytulać, głaskać i mówić: ‘Mój Ty Szpuleńku’, ‘Niuńku kochany’.

Bałwanek był w wielkim szoku. Nie wiedział, co to ma znaczyć. Jak to? Pan już go nie kocha?!

Kiedy Duduś podszedł do niego, Bałwanek spodziewał się, że go uściska, coś wyjaśni, uspokoi go; zapewni o swojej miłości i przywiązaniu. Ale Duduś tylko chwycił go za łapkę, powłóczył po podłodze i wrzucił do starej zakurzonej szafy w składziku. Bałwanek poczuł się bardzo samotny. Natychmiast zaczął trzeć swoje oczka z guzików, chcąc zetrzeć z nich łzy.

W pewnej chwili poczuł czyjąś łapkę na ramieniu. Kiedy się odwrócił, zobaczył przytulankę, którą także pamiętał ze sklepu. Była podobna do niego, tylko był to duży starszy model – jego sierść nie była tak biała i błyszcząca jak u Bałwanka, a uszka były sztywne i szorstkie.

- Ciebie też się pozbył? – spytał ‘pluszak’. – To samo stało się z nami wszystkimi. – powiedział, i wskazał na przestrzeń za sobą. Bałwanek dostrzegł wtedy w ciemności kilkanaście, jeśli nie kilkadziesiąt par oczu: z guzików, koralików i szkiełek. Wszystkie duże i wypełnione łzami. Zrozumiał wtedy, że jego pan pozbył się go na zawsze. Wolał teraz inną, nowszą przytulankę, która też za parę tygodni mu się znudzi i zostanie – tak jak Bałwanek i kilkanaście, jeśli nie kilkadziesiąt innych zabawek – porzucona w starej szafie, w ciemnym składziku.

Leszek Zembaty

Czy mamy moralny obowiązek pomocy ubogim?

Podczas tworzenia niniejszego konspektu moim zamiarem było stworzenie projektu lekcji, która nie zakończy się przyznaniem racji koncepcji Petera Singera bądź odrzuceniem propozycji filozofa. Podczas zajęć nauczyciel powinien przede wszystkim ukazać, jak złożona jest kwestia uznania pomocy ubogim jako moralnego obowiązku każdego człowieka i jak trudno jest zająć jednoznaczne stanowisko w kwestii pomocy ubogim, rozumianej jako moralny obowiązek. Przy praktycznej analizie problemu pojawia się trudność związana z koniecznością wartościowania: czy ważniejsze jest pomaganie ubogim, lecz obcym mi ludziom, czy może mój własny rozwój, albo też pomaganie potrzebującym z najbliższego mi środowiska? W efekcie uczeń, podejmując refleksję nad problemem, powinien zdawać sobie sprawę, że zajęcie określonego stanowiska w sprawie jest obarczone wieloma założeniami, za które należy wziąć odpowiedzialność, stając po którejś ze stron. Każde wartościowanie jest bowiem, z jednej strony, wyborem, a z drugiej ograniczeniem bądź rezygnacją.

Czas trwania: 45 minut.

Poziom edukacyjny: III klasa szkoły ponadgimnazjalnej.

Przedmiot: etyka.

Cele edukacyjne:

a) ogólny:

- uczniowie podejmują namysł nad koncepcją Petera Singera dotyczącą moralnego obowiązku pomocy potrzebującym oraz nad jej konsekwencjami;

b) szczegółowe:

- wiedza:
 - uczeń zna stanowisko P. Singera o moralnym obowiązku pomocy potrzebującym,
 - uczeń zna dowód P. Singera uzasadniający jego stanowisko;
- umiejętności:

- uczeń potrafi uzasadnić własne stanowisko w danej kwestii,
- uczeń potrafi formułować kontrargumenty.

Metody pracy: wykład, ćwiczenie aktywizujące, analiza tekstu, dyskusja.

Pomoce dydaktyczne: fragmenty książki P. Singera, *Życie, które możesz ocalić*, przeł. E. De Lazari, Czarna Owca, Warszawa 2011.

Przebieg lekcji:

1) ćwiczenie aktywizujące (5 min.):

- a) nauczyciel prosi uczniów, aby wymienili trzy przedmioty, bez których nie wyobrażają sobie własnego życia,
- b) uczniowie wypowiadają się,
- c) nauczyciel zakłada teraz hipotetyczną sytuację: załóżmy, że dowiadujesz się, że pieniądze ze sprzedaży wymienionych przez Ciebie rzeczy mogą uratować życie 50 afrykańskich dzieci chorych na malarię. Pieniądze zostaną przeznaczone na leki niezbędne do przeżycia. Co robisz? Zachowujesz swoje rzeczy, czy je sprzedajesz? Odpowiedź uzasadnij,
- d) uczniowie starają się uzasadnić swój wybór;

2) lektura i dyskusja fragmentów tekstu P. Singera:

- przypadek ratowania dziecka (5 min.):
 - a) nauczyciel rozdaje pierwszy fragment książki *Życie, które możesz ocalić* przedstawiający sytuację topiącego się dziecka i pytanie Singera, czy czytelnik ratowałby je za cenę zniszczenia nowych butów i spóźnienia się do pracy,
 - b) uczniowie czytają,
 - c) nauczyciel pyta uczniów co zrobiliby w tej sytuacji,
 - d) uczniowie udzielają odpowiedzi,
 - e) nauczyciel prowokacyjnie pyta, czy własna kariera i wygląd nie są ważniejsze od przypadkowo spotkanego dziecka, którego opiekunami nie jesteśmy, a w związku z tym nie ponosimy żadnych konsekwencji prawnych związanych z losem tego dziecka,
 - f) uczniowie odpowiadają;
- kwestia pomocy ubogim (10 min.):

- a) nauczyciel rozdaje kolejny fragment dotyczący ubóstwa, w którym pojawiają się dane statystyczne i pewne kontrowersyjne pytanie (np. Czy zastanawiałeś się kiedyś, że wydając w taki sposób pieniądze, zamiast przekazać je organizacjom zajmującym się pomocą, skazujemy na śmierć dzieci, które moglibyśmy uratować?),
 - b) uczniowie czytają,
 - c) nauczyciel zadaje pytania do tekstu, na które uczniowie odpowiadają:
 - Czy ratowanie topiącego się na naszych oczach dziecka można traktować tak samo jak ratowanie życia innych poprzez wspieranie finansowe organizacji dobroczynnych? Dlaczego tak/nie? (przykładowe odpowiedzi – „tak”: w jednym i drugim przypadku ratuję jakieś życie; nie jest ważne jak udzielam pomocy; w jednym i drugim przypadku spełniam moralnie słuszny czyn; „nie”: ratując topiące się dziecko ryzykuję więcej, np. że coś mi się stanie, dlatego jest to czyn bardziej heroiczny; ratując topiące się dziecko, wiem, że tylko ja mogę mu pomóc; nie mam pewności, że moje pieniądze przekazane organizacji charytatywnej zostaną dobrze spożytkowane; w przypadku wspierania organizacji nie jestem bezpośrednim świadkiem cierpienia tych ludzi i nie mam obowiązku działać);
 - Singer porusza kwestie rezygnacji z wielu rzeczy (jedzenie w restauracjach, chodzenie do kina, kupowanie nowego samochodu itd.) w celu przeznaczenia części pieniędzy ubogim. Czy to, że możemy obyć się bez pewnych rzeczy czy usług, sprawia, że nie są one ważne?
 - Co z naszym rozwojem kulturalnym i duchowym? (bez tego rozwoju nie mogłyby zaistnieć fundacje zajmujące się pomocą na szeroką skalę, na wszystkich kontynentach);
 - Czy powinniśmy bardziej przejmować się życiem obcych nam ludzi niż własnym?
 - Czy Singer ma rację, mówiąc, że to my skazujemy ludzi na śmierć, nie udzielając im pomocy?
- dowód w sprawie wspierania organizacji dobroczynnych (20 min.):
 - a) nauczyciel dzieli klasę na dwa obozy i rozdaje uczniom trzeci fragment, który zawiera dowód Singera pokazujący, że brak wsparcia dla organizacji dobroczynnych jest postępowaniem niesłusznym,

- b) uczniowie czytają,
- c) nauczyciel prosi pierwszy obóz, aby przedstawił argumenty przemawiające za stanowiskiem Singera i jego dowodem, a drugi obóz, aby przedstawił argumenty przeciwko dowodowi i obowiązkowi pomocy,
- d) uczniowie przez kilka minut zastanawiają się nad argumentacją,
- e) nauczyciel prosi, żeby uczniowie podawali argumenty i na tej podstawie zawiązali dyskusję na temat pomocy ubogim,
- f) uczniowie dyskutują,
- g) nauczyciel jest członkiem dyskusji, który może wspierać zarówno pierwszy, jak i drugi obóz, a także może zadawać dodatkowe pytania:
 - Czy człowiek, jako jednostka, jest w stanie zapobiec każdemu złu na świecie? Jeśli nie, to czy instytucja charytatywna może być naszym „reprezentantem” tam, gdzie nie możemy dotrzeć bezpośrednio? (przykładowa odpowiedź: tak, ale tylko wtedy, gdy 1) przekazujemy pieniądze na ściśle określony cel, 2) który zostaje zrealizowany, tak, jak sobie tego życzymy oraz 3) gdy otrzymujemy jakiś dowód, że pomoc została udzielona)
 - Czy człowiek jest moralnie zobowiązany do pomagania wszystkim, którym może pomóc, nie tylko ubogim? Czy jesteśmy w stanie to zrobić? Jak dokonać selekcji, na czym miałaby się ona opierać?
 - Czy jestem odpowiedzialny za cierpienie i ubóstwo ludzi, których nigdy nawet nie widziałem? A jeśli tak, to czy powinienem pomagać finansowo każdemu ubogiemu? Na jakiej podstawie mam dokonać wyboru komu pomogę, a komu nie?
 - Dlaczego mam przedkładać dobro ubogich ludzi z innych kontynentów nad np. zdrowie osób niepełnosprawnych z mojego kraju? (np. dlatego, że w grę wchodzi „podarowanie szansy” na życie. Niepełnosprawni mogą się realizować na różne sposoby, mimo tego, że nie są w stanie wykonywać pewnych czynności. Ubodzy ludzie, których życie niedługo się zakończy, jeśli nie udzielimy im pomocy, nie mają takiej szansy)
 - Czy zachowanie życia jest ważniejsze niż pomaganie ludziom, którym wprawdzie nie zagraża śmierć, ale ich życie wiąże się z ciągłym cierpieniem i trudnościami?

- Czy ofiarowywanie pieniędzy ubogim nie prowadzi do ich finansowego uzależnienia od bogatych?
- Czy jest lepszy rodzaj wsparcia niż finansowe (np. edukowanie, aby ubodzy w przyszłości sami byli w stanie zapewnić sobie godny byt)?
- Czy ciągle wsparcie finansowe nie zatrzymuje rozwoju państw ubogich? (oczekiwanie na datki zamiast twórczej pracy);

5) konsekwencje stanowiska Singera (5 min.):

- a) nauczyciel w formie wykładu stara się przedstawić uczniom możliwe konsekwencje przyznania racji Singerowi (konieczność radykalnej zmiany trybu życia, rezygnacji z wielu rzeczy, które dotąd zawsze mi towarzyszyły; zaangażowanie wolnego czasu w poszukiwanie kolejnych możliwości pomocy; konieczność wytyczenia granicy między tym, co jest subiektywnie ważne do życia na określonym poziomie, a tym, co jest zbytkiem; konieczność określenia, na jakim poziomie powinienem żyć i jak, w związku z tym, zarządzać pieniędzmi; problem „dbania o bliskich” – jak wiele czasu, uwagi, nakładów finansowych poświęcić na ten cel),
- b) nauczyciel uczuła, że zajęcie stanowiska w tym temacie wiąże się właśnie z dokonaniem wyboru między wartościami. Wybór ten jest o tyle trudny, że na szali stoi ludzkie życie. Określenie zakresu naszej odpowiedzialności za życie innych ludzi wiąże się tu, z konieczności, z poświęceniem pewnych dóbr na rzecz innych.

Załącznik – fragmenty książki *Życie, które możesz ocalić*

I s. 21

W drodze do pracy mijasz staw. W gorące dni bawią się w nim czasem dzieci. Woda w stawie sięga zaledwie kolan. Dziś jednak jest chłodno i pora jest wczesna, dziwisz się więc, widząc pluskające się tam dziecko. Podchodzisz bliżej i dostrzegasz, że to bardzo małe dziecko, po prostu wymachujący rączkami brzdąc, nie mogący utrzymać równowagi i wydostać się z wody. Rozglądasz się za rodzicami lub opiekunką malucha, ale w pobliżu nikogo nie ma. Dziecko nie może utrzymać głowy nad powierzchnią wody dłużej niż kilka sekund. Jeśli nie wejdiesz do stawu i go nie wyciągniesz – może utonąć. Niczym nie ryzykujesz, ale zniszczysz kupione parę dni temu buty, zamoczysz i ubłocisz ubranie. I na pewno spóźnisz się

do pracy, bo przecież będziesz musiał przekazać dziecko osobie za nie odpowiedzialnej i przebrać się. Co robić?

II s. 22-24

Pamiętaj jednak, że według UNICEF-u każdego roku prawie 10 milionów dzieci poniżej piątego roku życia umiera z przyczyn mających związek z ubóstwem. Oto przypadek opowiedziany analitykowi z Banku Światowego przez pewnego mężczyznę z Ghany:

„Dziś rano zmarł na odrę mały chłopiec. Wszyscy wiemy, że w szpitalu mógł zostać wyleczony, ale jego rodzice nie mieli pieniędzy. Chłopiec długo cierpiał, zanim umarł – nie z powodu odry, ale wskutek biedy”.

Pomyśl, że takie rzeczy dzieją się 27 tysięcy razy każdego dnia. Niektóre dzieci umierają, gdyż nie mają co jeść, większość jednak umiera, tak jak ten malec z Ghany, z powodu odry, malarii, biegunki, zapalenia płuc czy dolegliwości, które w krajach rozwiniętych nie występują, a jeśli występują, to niemal nigdy nie są śmiertelne. Dzieci biedne są podatne na te choroby, gdyż piją wodę, która nie jest bezpieczna, mieszkają w złych warunkach sanitarnych, a jeśli zachorują, ich rodziców nie stać na jakąkolwiek opiekę medyczną. UNICEF, Oxfam i wiele innych organizacji dokładają starań, aby zmniejszyć ogrom biedy, zapewnić potrzebującym czystą wodę i podstawową opiekę zdrowotną. Ich wysiłki przynoszą dobre rezultaty. Gdyby jednak te instytucje dysponowały znacznie większymi środkami finansowymi, uczyniłyby jeszcze więcej – i więcej istnień ludzkich udałooby się ocalić.

Teraz pomyśl o sytuacji, w jakiej się znajdujesz. Ofiarowując stosunkowo niewiele pieniędzy, mógłbyś uratować życie dziecka. Możliwe, że byłaby to kwota większa niż koszt pary butów, lecz policz, ile wydajemy pieniędzy na rzeczy, które nie są nam niezbędne – na napoje, jedzenie w restauracjach, ubrania, kino, koncerty, wakacje, nowe samochody czy remont domu. Czy zastanawiałeś się kiedyś, że wydając w taki sposób pieniądze, zamiast przekazać je organizacjom zajmującym się pomocą, skazujemy na śmierć dzieci, które mogliśmy uratować?

III s. 38

Pierwsza przesłanka: Cierpienie i śmierć spowodowane brakiem jedzenia, mieszkania i opieki medycznej są złem.

Druga przesłanka: Jeżeli jesteś w stanie zapobiec złu, nie ryzykując, że takie samo bądź prawie takie samo zło przydarzy się tobie, niesłusznie jest tego nie uczynić.

Trzecia przesłanka: Wspierając organizacje dobroczynne, możesz zapobiec złu - cierpieniu i śmierci spowodowanym brakiem jedzenia, mieszkania i opieki medycznej - bez ryzyka, że takie samo bądź prawie takie samo zło dosięgnie ciebie.

Wniosek: Jeśli nie wspierasz organizacji dobroczynnych, postępujesz niesłusznie.