

MAGDALENA SZPUNAR

ORCID: 0000-0003-1245-5531 | Uniwersytet Śląski

## O głos najślabszych Aleksandra Woźnego upominanie się o chorego

trzeba mozolnie rekonstruować postrzępione fragmenty zdań,  
niedokończone frazy, wyluskiwać z chaotycznych,  
łamanych się narracji to wszystko,  
co ważne, co głęboko przeżywane,  
ale przykryte strachem, zasłonięte niepewnością,  
wypierane wstydem przed ośmieszeniem się

Aleksander Woźny

Humanistyka od dłuższego czasu przechodzi przez „etap osądu”, znajdując się w bolesnym rozdarciu między „fetyszem ścisłości i idolem pożytku”<sup>1</sup>. We współczesnym świecie wszystko, co „nie daje się bezpośrednio weryfikować i realizować w praktyce, budzi odium jako coś płochego jałowego”<sup>2</sup>, a podejrzane staje się „każde słowo czy zdanie wskazujące na inne niż pragmatyczne stosunki”<sup>3</sup>. Wszystko, czym się zajmujemy, także w obszarze humanistyki, ma być mierzalne, kwanty-

---

1 P. Czapliński, *Sploty*, [w:] *Nowa humanistyka. Zajmowanie pozycji, negocjowanie autonomii*, red. P. Czapliński *et al.*, Warszawa 2017, s. 17.

2 M. Horkheimer, *Odpowiedzialność i studia*, „Kronos” 2011, nr 2, s. 244.

3 M. Horkheimer, *Spoleczna funkcja filozofii. Wybór pism*, przeł. J. Doktor, Warszawa 1987, s. 336.

fikowalne, konkretne, dające się przełożyć na realne działanie<sup>4</sup>. Tym samym obserwować możemy coraz więcej humanistyki bez humanistyki.

Poddany myśli technicznej technouniwersytet pogłębia marginalizację humanistyki, która jawi się jako „rodzaj wiedzy niezbyt (lub nawet: bez-) użytecznej, gdyż nieprowadzącej ani do innowacji, ani do uzyskania realnego wpływu (spowodowania zmiany) w sferze poznawczej, społecznej, politycznej czy kulturowej”<sup>5</sup>. Medycyna narracyjna, o której dostrzeżenie i dowartościowanie zabiega Aleksander Woźny stanowi tego zaprzeczenie<sup>6</sup>. Głos profesora Woźnego, to głos przeciw „dyktaturze ludzi zdrowych”, która „wyznacza kryteria normalności, rzetelności komunikacyjnej i podatności na dyspozycje płynące ze strony zarządzających pacjentami”<sup>7</sup>. Autor scenariuszy kultury przekonuje, że wiedza humanistyczna i głęboki wgląd antropologiczny mogą być wiedzą tyleż użyteczną, co mającą realny wpływ na zmiany poznawcze, społeczne i kulturowe. Nie prowadzi ona co prawda do innowacji, chyba że za innowację uznamy czuły, pełen troski i wyobraźni współczującej w sensie nussbaumowskim wgląd w chorego. I może w dobie galopującej technologizacji i dehumanizacji naszego życia takie właśnie spojrzenie należy uznać za innowacyjne, gdyż chronicznie cierpimy na jego deficyty. Humanizm właściwy medycynie narracyjnej uczy nas, by nie negować ludzkiej słabości i własnej cielesności, która bywa ułomna i krucha<sup>8</sup>. W księdze pamiętkowej dedykowanej Aleksandrowi Woźnemu zogniskuję się na jednym z obszarów dorobku profesora, a jest ich poznawcze bogactwo — antropologia komunikacji, medioznawstwo, teorie literatury i kultury, to tylko kilka pól zainteresowań wrocławskiego uczonego. Jednakże to właśnie medycyna narracyjna wydaje się najtrafniej odzwierciedlać osobowość i naturę profesora.

Choroba przez stulecia była przedmiotem zainteresowania medycyny, czasem filozofii, o jej trudnym doświadczeniu pisali poeci, najbardziej jednak absorbowała tych, których dotykała. To właśnie osoby chorujące pozostawały same ze swoim bólem, cierpieniem, lękiem przed czekającą za rogiem bezradnością i słabością. Osoby chorujące zmagają

4 M. Szpunar, *Kwantyfikacja rzeczywistości. O nieznośnym imperatywie policzalności wszystkiego*, „Zeszyty Prasoznawcze” 2019, nr 3, s. 95–104.

5 R. Nycz, *W stronę humanistyki innowacyjnej: tekst jako laboratorium. Tradycje, hipotezy, propozycje*, „Teksty Drugie” 2013, nr 1–2, s. 240.

6 A. Woźny, *Scenariusze kultury w mediach i medycynie narracyjnej*, Wrocław 2020.

7 *Ibidem*, s. 173.

8 J. Kristeva, *(Bez)sens słabości. Dialog wiary z niewiarą o wykluczeniu*, Poznań 2012, s. 19–20.

się z koniecznością wypracowania i nauczenia się nowego ja, pogodzenia się z ograniczeniami funkcjonowania, unieważnienia dotychczasowych planów i zamierzeń, przemodelowania wszystkiego, co było pewne i niepodważalne. Z tym bagażem, ciężarem niemocy, lęku i obaw staje chory przed lekarzem. Oczekuje od niego pomocy w bezradności, ulgi, przywrócenia do „normalnego” funkcjonowania<sup>9</sup>, przywrócenia do niezachwianego, do stanu sprzed choroby. Chory oczekuje, że w swojej nędzy zostanie wysłuchany, że jego bezradność spotka się ze zrozumieniem, że znajdzie się sposób, by mu pomóc. Zwykle jednak lekarz, nienawykły do pogłębionej rozmowy z pacjentem, traktuje informacje przekazywane przez pacjenta jako zbędny dodatek do diagnozy. Nie podnosząc wzroku znad stosu arcyważnych dokumentów, intensyfikuje negatywne odczucia tego, który obnażył się ze swoją niemocą.

Spętany siecią obowiązków administracyjnych, „wtłoczony w tryby maszyny »służby zdrowia« (lekarz) coraz rzadziej znajduje czas na rozmowę z chorym”<sup>10</sup>. Nadal i zbyt często „medyczne wywiady wciąż są przeprowadzane w pośpiechu, w sali pełnej pacjentek, na korytarzu, a wielu informacji osoba hospitalizowana musi udzielić w bezdusznej ankiecie, w której nie zostawia się miejsca na dłuższe wypowiedzi”<sup>11</sup>. Buduje to mur wzajemnej niechęci, zachwaszcza się pole zawiedzionych oczekiwań. Porozumienie nie jest możliwe

gdy lekarz przyjmuje rolę „władcy marionetek”, sterowanych zdalnie poprzez surową medykację, sprowadzoną do ankietowania i dokumentowania oraz niekończących się, kosztownych i często zbyt technicznych badań, a także przymiarek farmakologicznych, zmieniających życie pacjenta w kliniczno-kuracyjną odyseję<sup>12</sup>.

Niepewność chorego potęguje obce, nieznanne terytorium szpitalnych przestrzeni, bezdusznych gabinetów, sali zabiegowych, korytarzy gęstych od cierpienia pacjentów. Gospodarzem tej przestrzeni jest lekarz i personel pomocniczy, co

potęguje dysonans pomiędzy oczekiwaniami pacjenta szukającego pomocy, pokładającego ufność w wiedzy i możliwościach lekarza niejako apriorycznie a pośpiechem tego drugiego uzależnionym między innymi od liczby oczekujących pod drzwiami gabinetu. Krótki czas wizyty zakończonej wypisaniem recepty może być i przeważnie jest pocz-

9 H-G. Gadamer, *O skrytości zdrowia*, Poznań 2011, s. 159.

10 D. Samborska-Kukuć, *Spotkanie pacjenta z lekarzem oraz anamneza jako clou medycyny narracyjnej w eseistyce Andrzeja Szczeklika*, „Teksty Drugie” 2021, nr 1, s. 104.

11 A. Kwiatkowska, *Jedność w bólu*, „Teksty Drugie” 2021, nr 1, s. 202.

12 D. Samborska-Kukuć, *Spotkanie pacjenta z lekarzem...*, s. 103.

tywany przez chorego za zbagatelizowanie ważnej dla niego sprawy. Jeśli przy tym lekarz potraktuje go z wyższością, wizyta zamiast przynieść nadzieję, przełoży się na jeszcze gorsze samopoczucie<sup>13</sup>.

Tak fatalnie nawiązana relacja, a właściwie jej nienawiązanie, często determinuje dalszą skuteczność leczenia i wiarę lub jej brak w możliwość wyleczenia. Subtelne, acz bardzo wyraźne dla wielu chorych sygnały wysyłane przez lekarza — zniecierpliwienie, rozkojarzenie, bez kontaktu wzrokowego i autentycznego zainteresowania osobą, przyczyniają się do budowania i podtrzymania jego negatywnego obrazu.

Trudność w osiągnięciu porozumienia jest potęgowana innością obu stron medycznej, ale przecież przede wszystkim ludzkiej komunikacji. Różni je niemal wszystko — pozycja społeczna, zawodowa, egzystencjalna, język. Język, którym posługuje się lekarz, jest dla chorego zwykle obcy, najeżony specjalistyczną terminologią wzmacnia poczucie niezrozumienia i bezradności. Nadmiernie sprofesjonalizowany, by wybrzmiewał wiarygodnie i nadawał lekarzowi konieczny prestiż, stawia pacjenta w przekonaniu niemożności porozumienia i zrozumienia. Andrzej Szczeklik odradza przyjmowanie wobec chorego postawy demonstrującej władzę, autorytet i wyższość, gdyż „lekarz nie może być sędzią chorego ani go potępiać, lecz starać się go zrozumieć, pomóc mu”<sup>14</sup>. Pomocą w wytrzebieciu chwastów niezrozumienia, niewysłuchania, nieutulenia doświadczenia choroby przychodzi medycyna narracyjna, którą z pietyzmem uprawia Aleksander Woźny, umożliwiając budowanie głębokiego, pełnego zrozumienia i empatycznej troski wglądu w drugiego.

W opowieści o tym, co niewyrażalne, co tworzy kwintesencję medycyny narracyjnej, profesor Woźny staje się „współpasażerem, współbadaczem, ciągle podróżującym razem z pacjentem, odkrywającym razem z nim żywy, dokładny i obrazowy język, który dosięga tego, co niewyrażalne”<sup>15</sup>. Głębszego wyrazu humanizmu i człowieczeństwa nie ma, niż pochylenie się nad najsłabszym. Nasza postawa wobec najsłabszych, odtrąconych, zepchniętych na margines społeczeństwa zdrowych, stanowi o kondycji naszej kultury. Profesor Woźny jest w, nie obok, nie nad, sam siebie pozbawiając strukturalnej wyższości. Uprawiana przez niego humanistyka jest przejawem antropologii zaangażowanej, która

13 *Ibidem*, s. 106.

14 A. Szczeklik, *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, Kraków 2006, s. 15.

15 O. Sacks, *Przebudzenia*, przeł. P. Jaśkowski, Poznań 1997, s. 381.

uniką chłodnego dystansu, by wtopić się w świat „innych”, jak najdelikatniej (nigdy zaś bez ich niewymuszonej zgody i akceptacji, nigdy bez skrupułów i nigdy raptownie, pod presją „naukowych” osiągnięć), uczestniczyć w nim, a nie tylko z boku obserwować, być w nim obecnym — obecnym całym sobą, po ludzku, nie być więc jedynie przybraną na tę chwilę, dostojną profesjonalną maską<sup>16</sup>.

O tym, że postawa Woźnego nie ma nic wspólnego z chłodnym dystansem, presją osiągnięć, zabieganiem o naukową chwałę i splendor, niech świadczą jego słowa: „Przede wszystkim zdjąłem plakietkę z tytułami, która widniała na mojej piersi, gdy w czasie konferencji wygłaszałem swój referat [...]. Po drugie, zaproponowałem, aby zrezygnowali z tytułowania”<sup>17</sup>. Dzięki temu uczestnicy prowadzonych przez profesora warsztatów mogli sobie pozwolić na szczerość i autentyczność, zdjęcie masek, bez poddania się profesorskiej ocenie. Ci, którzy mieli przyjemność poznać profesora, wiedzą, że wystarczy krótka z nim rozmowa, by się przekonać, że zawsze jest „bez plakietki”, że bezplakietkowość wyznacza jego wrażliwość, otwartość na drugiego człowieka, gotowość wsluchania się i bycia dla innego.

Humanistyka to „umiejętność dostrzegania innych światów, innych języków, innych historii, słowem: innych ludzi”<sup>18</sup>. Tę umiejętność dostrzegania innych światów, innych ludzi i ich historii Aleksander Woźny opanował w stopniu mistrzowskim. Nie tyle bowiem dostrzega, choć i to jest przecież ważne, ile podejmuje realne działania, by zmienić sytuację wykluczonych, pozbawionych głosu, bezimiennych, niewidocznych. Dopomina się o tych, o których w społeczeństwach wysokich prędkości<sup>19</sup> nie chcą pamiętać, których spychają na boczny tor, bo nie nadążają, nie mieszczą się w obrazku hiperefektywności. Tym samym jego praca naukowa i aktywność jest w wysokim stopniu społecznie użyteczna, społecznie wrażliwa, humanizuje bowiem zmedyalizowane oblicze medycyny. Woźny upomina się o naukę uwrażliwioną etycznie, zdając sobie sprawę, że „Sędzia pozbawiony empatii oznacza śmierć sprawiedliwości”<sup>20</sup>. Analogiczne odniesienie można zastosować do lekarzy, których najlepsze kompetencje, najbardziej gruntowne

<sup>16</sup> A.P. Wejland, *Zaangażowanie i autobiografia*, [w:] M. Kafar, *W świecie wygnañców wdów i sierot. O pewnym wariacie antropologii zaangażowanej*, Łódź 2013, s. 9.

<sup>17</sup> A. Woźny, *Scenariusze kultury w mediach i medycynie narracyjnej*, s. 196.

<sup>18</sup> M.P. Markowski, *Polityka wrażliwości. Wprowadzenie do humanistyki*, Kraków 2013, s. 78.

<sup>19</sup> H. Rosa, *Social Acceleration: Ethical and Political Consequences of a Desynchronized High-Speed Society*, „Constellations” 10, 2003, nr 1, s. 3–33.

<sup>20</sup> M. Horkheimer, *Odpowiedzialność i studia*, s. 245.

wyszkolenie w sztuce medycznej, nie zwalnia z człowieczeństwa. Sama medyczna biegłość nie wystarcza, gdy brakuje empatii i wrażliwości na drugiego, o którego czasami nie ma kto się upomnieć, a który sam o siebie upomnieć się nie potrafi. W sytuacjach, w których cierpienie przesłania możliwość racjonalnej oceny, nussbaumowska wyobraźnia współczująca staje się niezbędna.

Działalność naukowa profesora Woźnego, ale i społeczna z pełnym przekonaniem pozwala mówić o nim, że „to nie tylko uczony, ale także nosiciel humanistycznego sumienia”<sup>21</sup>, co w akademickim świecie wcale nie jest dość częstym zjawiskiem. Wręcz przeciwnie, w pogoni za punktami, ewaluacjami, wskaźnikami i rozpoznawalnością wielu uczonych gubi istotę i sens uprawiania humanistyki, a z horyzontu znika im człowiek. Aleksander Woźny pozwala wierzyć w naukę, która nie jest wrażliwością, nie opiera się na medialnym błysku, taniej rozpoznawalności<sup>22</sup>, lecz na cichej, pełnej pokory pracy uczonego, którego celem jest prawdziwa troska o człowieka.

Aleksander Woźny jest humanistą w pełni tego słowa znaczeniu, dopominającym się o głos tych, którzy zostali go pozbawieni, najsłabszych i cierpiących, nieobecnych w medialnym mainstreamie zdominowanym dyktatem ludzi pięknych. To właśnie o takich humanistach jak profesor Woźny, ludziach dobrych i mądrych, działających zgodnie z imperatywem najpierw człowiek, traktujących swoje życie jako służbę człowiekowi pisał Florian Znaniecki<sup>23</sup>. Przywołajmy słowa Woźnego i jego rozumienie medycyny narracyjnej, która jest dla niego głęboką refleksją o metamorfozie homo maladusa w homo creatora, co „można uznać za przygotowanie gruntu pod uprawę kultury otaczającej pacjenta swoimi scenariuszami niczym bezpieczną otuliną. O takie podejście chcę się tu upomnieć. O wypracowanie przez kulturę współdziałającą z medycyną płaszcza, kulturowego scenariusza dla tych, którzy cierpią, którzy wymagają najwyższej troski”<sup>24</sup>. I niczym bezbronne rośliny, wystawione na mróz spojrzeń i pogardliwe języki, otula Woźny czułością i głęboką antropologiczną wrażliwością tych, których odczłowiczono, zdehumanizowano, pozbawiono godności, o których mówi się „grzyby,

21 I. Wojnar, H. Witalewska, M.E. Lipowski, *O humanistyczną wrażliwość nauczycieli. Przesłanie i przypomnienie*, Warszawa, 2009, s. 12.

22 M. Szpunar, *Medialna widoczność jako emanacja hiperobecności*, „Zeszyty Prasoznawcze” 2017, nr 3, s. 494–504.

23 I. Wojnar, *Humanistyczne przesłanki niepokoju*, Warszawa 2016, s. 115–117.

24 A. Woźny, *Scenariusze kultury w mediach i medycynie narracyjnej*, s. 163.

chrupki [...], zakonserwowani, starocie, tetrycy, wapniaki, próchenka, geriatrya”<sup>25</sup>.

Woźny uwrażliwia na język, będący nie tylko odbiciem rzeczywistości, lecz także istotnym narzędziem kształtowania naszego obrazu świata. Język ma charakter sprawczy, może odbierać godność, odczłowieczać, dehumanizować, animalizować, co szczególnie dotyka osoby chorujące. Słowa, choć często sobie tego nie uświadamiamy, mogą być „jak małe dawki jadu, połyka się je niepostrzeżenie, wydają się nie mieć żadnego skutku, a jednak po pewnym okresie następuje trujące działanie”<sup>26</sup>. Tym samym doświadczający stygmatyzacji z powodu choroby przeżywają je ponownie, dotyka ich wtórna wiktyimizacja językowa. Słusznie pyta zatem wrocławski medioznawca: „czy uprawniona jest pogarda widoczna w tej »nacechowanej stylistyce«, czy można akceptować ten język, usprawiedliwiany często jako konieczna odrobina humoru i ironii, która pozwala zachować dystans”<sup>27</sup>. Osoba empatyzująca chociażby w stopniu minimalnym doskonale wie, jaka jest i powinna być odpowiedź na pytanie, które zadaje nam Aleksander Woźny. Co ważne, język dotyczący osób chorujących nie jest socjolektem, nie jest ograniczony do wąskiej grupy personelu medycznego. Jak słusznie zauważa autor scenariuszy kultury: „Nawyki językowe przenoszone są na zewnątrz szpitala, a leksyka »wewnątrzszpitalna«, która może wydawać się humorystyczna czy nawet zabawna, przenika poprzez rodziny do szerszych kręgów społeczeństwa”<sup>28</sup>. Upominanie się o język to zatem upominanie się o człowieka i jego godność.

Medycyna nastawiona na dużą efektywność, diagnostykę, skuteczność, opierając się na modelu biomedycznym, lekceważy kontekst społeczny i kulturowy, odbierając swoim pacjentom podmiotowość. Michael Foucault w *Narodziinach kliniki* zauważa, jak bardzo ograniczony bywa lekarski ogląd: „Lekarz szpitalny widzi tylko mętne, zmienione choroby, całą teratologię tego, co patologiczne”<sup>29</sup>, co sprawia, że z horyzontu znika człowiek, jego indywidualna, niepowtarzalna biografia i doświadczenie nieredukowalne do powtarzalnych symptomów. Wysoce zinstytucjonalizowana, zmedykalizowana do granic możliwości służba zdrowia prowadzi do sytuacji, w której chorujący „staje się cho-

25 *Ibidem*, s. 169.

26 V. Klemperer, *LTI. Notatnik filologa*, oprac. J. Zychowicz, Kraków 1983, s. 23–24.

27 A. Woźny, *Scenariusze kultury w mediach i medycynie narracyjnej*, s. 171.

28 *Ibidem*, s. 172.

29 M. Foucault, *Narodziiny kliniki*, przeł. P. Mrówczyński, Warszawa 1999, s. 37.



robą, zostaje uprzedmiotowiony, jego osobowość jest redukowana do karty szpitalnej<sup>30</sup>. Choroba tak intensywnie zawłaszcza inne wymiary osobowości i tożsamości chorującego, że staje się chorobą, poza którą nie ma już nic. Karta szpitalna i przebieg leczenia stają się obowiązującą i jedyną dostępną narracją o sobie samym. Woźny dzięki medycynie narracyjnej i jej osiągnięciom próbuje pomóc lekarzom i ich podopiecznym pokonać „rosnący przez stulecia pomiędzy obu stronami las wzajemnych podejrzeń, strachu i poczucia winy”<sup>31</sup>. Obie strony często oskarżają się i obwiniają, ponieważ brakuje między nimi dialogu, wzajemnego wysłuchania się i zrozumienia. To karczowanie nieporozumień i niedopowiedzeń jest niezbędne, by człowiek nie został zredukowany do choroby, mając poczucie uprzedmiotowienia i sprowadzenia niepowtarzalnego ja do poziomu powtarzalnych symptomów chorobowych. Tym samym „Lekarz winien chcieć i umieć słuchać chorego [...], zachować pokorę, nie narzucać z góry władczych koncepcji choroby”<sup>32</sup>.

I w tej wydawałoby się beznadziejnej sytuacji, w której chory już nawet „nie oczekuje, że będzie traktowany ze współczuciem i zrozumieniem”, a potwierdzeniem „zawiedzionych oczekiwań jest lekarz spoglądający nieustannie na zegarek, bo przecież w poczekalni czekają kolejni bezosobowi, pozbawieni indywidualnego, ludzkiego wymiaru”<sup>33</sup>, pojawia się nadzieja na wspólne spotkanie i zrozumienie. To właśnie dzięki medycynie narracyjnej, która stała się tak bliska wrocławskiemu profesorowi pojawia się

skupienie uwagi na pacjencie, wyrażające się całkowitą koncentracją na słuchaniu i pełnym troski obserwowaniu pacjenta [...] to nieustanne zwracanie uwagi na sposób wyrażania, obrazowania, przedstawiania samego siebie [...]. Ważna jest w końcu gotowość do przyjęcia postawy współczującej solidarności z cierpieniem pacjenta, empatia wobec pacjenta i przyjmowanie postawy rzeczownika jego potrzeb<sup>34</sup>.

W limitowanym czasie wyznaczanym kwadransami wizyt lekarskich brzmi to jak opowieść science fiction. Przypomina próby tworzenia wyidealizowanego konstruktów, którego zaistnienie w zbiurokratyzowanej służbie zdrowia jest niemożliwe. A jednak są to światy możliwe, światy do pomyślenia, co pokazuje wieloletnia praktyka medycyny nar-

30 A. Woźny, *Scenariusze kultury w mediach i medycynie narracyjnej*, s. 167.

31 *Ibidem*, s. 180.

32 A. Szczeklik, *Nieśmiertelność. Prometejski sen medycyny*, Kraków 2012, s. 99.

33 A. Woźny, *Scenariusze kultury w mediach i medycynie narracyjnej*, s. 165.

34 *Ibidem*, s. 184.



racyjnej, skutecznie prowadzonej na Zachodzie, czego liczne dowody przedstawia Woźny w monografii *Scenariusze kultury w mediach i medycynie narracyjnej*.

Istotne jest to, by pacjentom przywrócić głos, dać możliwość wypowiedzenia siebie, także tego, co wydaje się bez znaczenia i bez związku z chorobą. Ważne, by słuchać, „co mówią i jak mówią: sposobach mówienia, metaforach, jakich używają, przerwach w mówieniu, a także na ich milczeniu”<sup>35</sup>. Czasem w milczeniu kryje się więcej niż w tym, co wypowiedziane. W opowieściach chorujących nie ma rzeczy i wątków bez znaczenia, bo każda z nich ma jakieś znaczenie dla opowiadającego. Ważne, by porzucić paradygmat niemówienia o cierpieniu, nieprzywoływania bolesnego, topienia go w sobie i zeskrobywania z siebie. Trzeba przy tym niezwykle wyczucia, szczególnie gdy

Chory przychodzi ze swoim bólem, zgryzotą, cierpieniem, trwogą i woła o pomoc. To wołanie, oczywiście rzadko bywa dosłowne. Ma ono różne formy wyrazu. Może to być potok słów, ażeby zażegnać trwogę, albo skamieniały rys twarzy, za którym kryje się nieufność do lekarza. I chory opowiada. Trzeba słuchać, wysłuchać opowieści. [...] Dla opowiadającego ta historia to rzecz pierwszorzędna. A słuchający niech pamięta, iż jedno z tych opowiadań stanie się jego własnym<sup>36</sup>.

Opowiadanie chorego staje się naszym, gdyż nie sposób pozbyć się usłyszanych słów, nie sposób odseparować się od czyjegoś cierpienia, wyrzucić je z głowy i czucia. Nie każdy jest gotowy na to, by pozwolić zalać się słowami, by czyjeś doświadczenie i cierpienie stało się naszym. Ale to może właśnie jest to, czego najbardziej oczekuje chory człowiek. Nie oczekuje nawet zrozumienia, byleby miał możliwość wypowiedzieć się, uzewnętrznić to, co niejednokrotnie chowa w sobie miesiącami, a nawet latami. Opowieść chorego staje się naszą także dlatego, że przynależy do ludzkiej biografii, gdyż każdy „prędzej czy później pacjentem zostanie”<sup>37</sup>.

Susan Sontag w *Chorobie jako metaforze* pisze: „Choroba jest nocną półkulą życia, naszym bardziej uciążliwym obywatelstwem. Od dnia narodzin każdy z nas posiada bowiem jakby dwa paszporty — przynależy zarówno do świata zdrowych, jak i do świata chorych”<sup>38</sup>. To, że

35 *Ibidem*, s. 187–188.

36 A. Szczeklik, *Katharsis*, s. 12.

37 D. Samborska-Kukuć, *Spotkanie pacjenta z lekarzem...*, s. 104.

38 S. Sontag, *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, przeł. J. Anders, Warszawa 1999, s. 7.

aktualnie jesteśmy zdrowi, nie chorujemy, nie oznacza, że choroba nie czai się za zakrętem. Zdrowie przynależy do dnia, dlatego wydaje się nam niezbywalną i trwałą oczywistością. Choroba zwykle przychodzi niespodziewanie, burzy plany, marzenia i właśnie wtedy dotyka nas najmocniej. Wysadza z myślenia o zdrowiu jako pewnej nieskończoności, przelewając się w nieskończone jutro cierpienia. Jak wskazywał Hans-Georg Gadamer zdrowia nie sposób stworzyć, a definiowanie dla niego stałych wartości jest łudzące<sup>39</sup>. Doświadczenie choroby to nie tylko tymczasowe przerwy, niepożądane incydenty w stałości zdrowia. Choroby długotrwałe, przewlekłe towarzyszą ludziom całe życie i muszą oni wypracować schematy radzenia sobie z nimi, życia z nimi na nowo. Chorujący człowiek zmuszony jest zdezerterować z „armii wyprostowanych”, by użyć kategorii Virginii Woolf<sup>40</sup>, a jednocześnie często nadal pracuje, nie rezygnuje z dotychczasowych aktywności.

Emil Cioran w pracy *O niedogodności narodzin* chorobę pojmuje jako słabość, ale słabość która paradoksalnie jest naszą siłą. Jego zdaniem choroba jest naszym zadaniem, darem, a nawet ukrytym talentem, który można rozwijać<sup>41</sup>. Bywa, że dopiero sytuacja graniczna, balansowanie na skraju życia i śmierci konfrontuje nas z tym, co nieuchronne, każe się zatrzymać i przewartościować dotychczasowe przekonania. Podobnie na chorobę patrzy Mateusz Szubert „Przełamanie somatycznego fatalizmu gwarantować może choremu nowe obszary doznań, jakościowo bogatszy poziom percepcji otaczającej go rzeczywistości [...] choroba — otwarta na twórcze przetworzenie, na transcendencję — okazać się może darem”<sup>42</sup>. Ten dar, przez wielu niechciany, nieproszony i nieoczekiwany, pozwala rozumieć istotę, odpowiedzieć sobie na pytanie, co tak naprawdę jest w życiu ważne. Echa takiego myślenia wybrzmiewają w pracy Woźnego poświęconej medycynie narracyjnej i jej roli w życiu zarówno chorego, jak i lekarza. Trzeba przyznać, że to nieczęste spojrzenie na chorobę. Choroba przecież często łamie tak, że nie sposób powstać, nie ma możliwości powrotu do stanu sprzed choroby, a tym samym niechorobowego życia. Według Talcotta Parsonsa<sup>43</sup> choroba jest zjawiskiem niepożądanym społecznie, dewiacyjnym, po-

39 H-G. Gadamer, *The Enigma of Health: The Art of Healing in a Scientific Age*, przeł. J. Gaiger, N. Walker, Cambridge 2004.

40 V. Woolf, *Eseje wybrane*, Kraków 2015, s. 437.

41 E. Cioran, *O niedogodności narodzin*, przeł. I. Kania, Warszawa 2008.

42 M. Szubert, *Gruźlica w dyskursie malarycznym*, „Postscriptum Polonistyczne” 2008, nr 2, s. 99.

43 T. Parsons, *Szkice z teorii socjologicznej*, Warszawa, 1972.

nieważ wprowadza zakłócenia w obrębie społeczeństwa. Skoro choroba jest dewiacją, nakłada się na chorego określone powinności, oczekuje się, że będzie chciał wyzdrowieć, jak gdyby było to kwestią jego silnej woli, że choroba jest stanem tymczasowym, przejściowym, z którego można wyjść, a chory podporządkuje się instytucjom medycznym.

Dzięki opowieści chorego, która bywa przez lekarzy lekceważona, traktowana jako zbędny naddatek do diagnozy, pojawia się możliwość uzyskania platońskiej anamnezy, wiedzy pierwszej, której nikt poza chorującym nie posiada. Dlatego też lekarz powinien być „ciekaw tej historii, tak, aby chory czuł, że ktoś, może po raz pierwszy, interesuje się naprawdę jego biedą. Trzeba, aby mówił z chorym jednym językiem. Nierzadko rytm rozmowy, barwa głosu skierują jego uwagę na właściwe rozpoznanie [...]. Wystarczy słuchać”<sup>44</sup>. Nie jest to zadanie łatwe, gdyż jak zauważa czuły narrator Woźny, w opowieściach osób chorych

przeważa narracja niespójna, porwana, gubiąca wątki i pełna przemilczeń, język metafor i irracjonalnych porównań w rodzaju „jak gdyby”. Aby wydobyć z nich znaczenia, trzeba mozolnie rekonstruować postrzępione fragmenty zdań, niedokończone frazy, wyluskiwać z chaotycznych, łamiących się narracji to wszystko, co ważne, co głęboko przeżywane, ale przykryte strachem, zasłonięte niepewnością, wypierane wstydem przed ośmieszeniem się<sup>45</sup>.

Wydaje się to zadanie awykonalne, by z poszarpanych, pokawałkowanych treści budować obraz całości. Jednakże o tę niekompletność właśnie chodzi „nie potrzeba pełnych danych o chorobie, aby zbliżyć się do człowieka i zrozumieć jego historię”<sup>46</sup>. Trudność zrozumienia opowieści chorego wzmaga fakt, że lekarze mają do czynienia z różnymi typami pacjentów, a tym samym odmiennymi osobowościami. Introwertycy niechętnie mówią o sobie, a jeśli już, to oszczędnie, bez nadmiernego dzielenia się tym, co konieczne. Z kolei ekstrawertywni hipochondrycy będą wykazywać skłonność do wyolbrzymiania swoich dolegliwości, a jeśli swoje przekonania na temat zdrowia opierać będą o „wiedzę internetową”, z trudem będą ufać temu, co mówi lekarz. Już tylko to rozróżnienie pokazuje, przed jak trudnym zadaniem interpretacyjnym stoją lekarze, których przecież nikt interpretacji narracji nie

---

<sup>44</sup> A. Szczeklik, *Katharsis*, s. 14.

<sup>45</sup> A. Woźny, *Scenariusze kultury w mediach i medycynie narracyjnej*, s. 186.

<sup>46</sup> M. Chojnacka-Kuraś, *Cele i metody kształcenia kompetencji narracyjnej w ujęciu Rity Charon (na przykładzie opowiadania Alice Munro Wiszący most)*, „Teksty Drugie” 2021, nr 1, s. 95.

uczy. Zawierzenie lekarskiej wrażliwości, czułości i psychologicznego zmysłu wydaje się naiwnością.

Jak ważne jest wsłuchanie się w narrację osoby chorującej i zrozumienie jej doświadczenia przez lekarza, uświadamiają prace Ronald D. Lainga<sup>47</sup>. W *Podzielnym ja* przywołuje autor kategorie wyjaśnienia i zrozumienia. Ta pierwsza ma charakter typowo medyczny, właściwy biomedycznemu ujęciu choroby, z pominięciem cech jednostkowych, indywidualnych, będąc bezosobowym rozpoznaniem choroby. Dopiero zrozumienie, które ujawnić się może w medycynie narracyjnej, umożliwia prawdziwy wgląd w chorującego. Zrozumienie ma charakter subiektywny, uwzględnia perspektywę osobową, pozwala poznać i wczuć się, a tym samym zrozumieć cierpiącego człowieka. To wysłuchanie i zrozumienie jest tak istotne, gdyż jak zauważa Andrzej Szczeklik „w blisko połowie przypadków rozpoznanie postawić można z umiejętności zebranej historii choroby. Reszta — jest tylko potwierdzeniem”<sup>48</sup>. Szczeklik zauważa, że w Polsce medyków właściwie nie kształci się z komunikacji interpersonalnej. Nie uczy się adeptów sztuki lekarskiej dekodowania narracji, rozpoznawania sygnałów niewerbalnych, zakładając milcząco, że są to kompetencje wpisane w profesję lekarską. Ponadto traktowane są one jako wtórne i mało znaczące wobec „twardej” diagnostyki z użyciem sprzętu medycznego, tym bardziej należy docenić podejmowaną przez profesora Woźnego pracę u podstaw, upowszechnianie dokonań medycyny narracyjnej w procesie humanizowania leczenia. Czas pandemii i ogromna liczba konsultacji lekarskich, które odbywały się online, uświadamiają, jak ważna i potrzebna jest u lekarzy umiejętność uważnego i empatycznego słuchania, wyłapywania niuansów z opowieści pacjentów, które nie mogą być konfrontowane w badaniu palpacyjnym.

Ci, którzy mieli przyjemność poznać profesora Aleksandra Woźnego, wiedzą, że zainteresowanie medycyną narracyjną doskonale odzwierciedla empatyczną, uważną i przepelnioną antropologiczną wrażliwością osobowość tego uczonego. Jego prace z zakresu medycyny narracyjnej są ogromną wartością dla zorientowanych biomedycznie lekarzy, których perspektywa propagowana przez Woźnego uwrażliwia, otwiera na człowieka i ułatwia całościowe spojrzenie na biografię osoby chorującej, nieograniczoną do medycznego rozpoznania. Co nie mniej istotne, uwrażliwienie profesora na sprawy innego ma swoją niepodwa-

<sup>47</sup> R.D. Laing, *Podzielone ja*, Poznań 1995.

<sup>48</sup> A. Szczeklik, *Kore. O chorobach, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny*, Kraków 2007, s. 16.

żalną wartość także w procesie dydaktycznym. Któż bowiem bardziej potrzebuje uwrażliwienia na człowieka, na jego krzywdę, na potrzebę dopuszczenia do głosu tych go pozbawionych niż przyszli adepci sztuki dziennikarskiej, od których w znacznej mierze zależy przywracanie tego głosu. Nie miałam bardzo wielu okazji by rozmawiać z profesorem, ale te nieliczne spotkania pozostaną w mojej pamięci na zawsze. Pozostawią mnie z nieodpartym wrażeniem, że miałam przyjemność obcować z człowiekiem wielkiego formatu, wielkim swoją mądrością, skromnością, pochyleniem się nad biedą i krzywdą słabszego. Żywię nadzieję, że jeszcze niejedno takie spotkanie przed nami.