
O relacyjnej gościnności u kresu życia

Anna Wójcik-Krzemień

Cierpienie jest niegościnne, lecz – o paradoksie – to
w cierpieniu właśnie odczuwamy szczególnie
potrzebę doznania gościnności.

(T. Sławek, *Czy ból uczy?*, s. 11)

Wstęp

Celem tego rozdziału jest podzielenie się doświadczeniem spotkania *idiōma* w kontekście długoterminowej opieki szpitalnej oraz opieki paliatywnej. Rozważania teoretyczne będą dotyczyły cierpienia i śmierci jako sytuacji granicznych, spotkania z drugim w cierpieniu oraz odpowiedzi na nie. Rozdział zostanie uzupełniony przez przywołanie kilku jednostkowych sytuacji towarzyszenia oraz refleksje o śladach, które może pozostawić takie spotkanie. Tłem rozważań, jak już wspomniano, jest oparta na idei gościnności filozofia i praktyka opieki paliatywnej.

1. Cierpienie i śmierć jako sytuacje graniczne – kontekst opieki paliatywnej

Ten, kto widzi granicę, widzi obie jej strony. Jedną i drugą. Ale tu nie ma przechodzenia. (...) Całkowicie nieświadomie człowiek znajduje się w środku zdarzenia (...). Brzeg łóżka z pleksi, monitor, igła, kroplówki. Sytuacja rozpada się na przydawki i orzeczenia.

(P.F. Thomése, *Cień mojego dziecka*, s. 104 i 106)

Karl Jaspers, niemiecki filozof i psychiatra, sytuacje graniczne rozumiał i opisywał następująco:

Sytuacjami granicznymi nazywam to, że stale znajduję się w jakichś sytuacjach, że nie mogę żyć bez walki i cierpienia, że biorę na siebie winę i nie mogę tego uniknąć, wreszcie, że muszę umrzeć. Sytuacje graniczne nie zmieniają się, różnią się jedynie sposobem, w jaki się przejawiają (...). Nie da ich się przeniknąć poznawczo: empirycznie nie widzimy już poza nimi nic innego. Są jak mur, o który uderzamy, o który się rozbijamy. Nie potrafimy ich zmienić, lecz jedynie naświetlić, nie mogąc ich wywieść i wyjaśnić przez odniesienie do czego innego (...). Granica oznacza: istnieje coś innego, ale zarazem: to coś innego nie istnieje dla świadomości empirycznej (...). Domeną sytuacji granicznej jest egzystencja (...). Przeżywać sytuacje graniczne i egzystować to jedno i to samo (Rudziński, 1978, s. 188–189).

Jaspers wyróżnił cztery sytuacje graniczne: śmierć, cierpienie, walkę i winę. Pisząc o śmierci, zwraca uwagę, że nie jest ona sytuacją graniczną, gdy rozumiemy ją jako obiektywny fakt w nieokreślonym czasie lub też nie mamy jej świadomości jak zwierzęta, lecz wtedy, gdy jest albo określoną śmiercią osoby najbliższej, albo moją własną śmiercią. Zdaniem Jana Kaczkowskiego

to właśnie wobec śmierci pytanie o sens ludzkiego życia, a więc o realizację własnego człowieczeństwa, staje przed umierającym z całą radykalnością i ostatecznością (...). Czas umierania jest więc momentem, w którym dramat życia ukazuje się z całą mocą. Jest to najbardziej graniczna sytuacja (Kaczkowski, 2010, s. 287).

Wśród cierpień, o których pisze, że w jednych sytuacjach wysuwają się na plan pierwszy, w innych zaś przechodzimy nad nimi do porządku dziennego, Jaspers wymienia: choroby stawiające pod znakiem zapytania życie; choroby powodujące, że człowiek żyje poniżej możliwości swej własnej istoty; zapadnięcie na chorobę psychiczną; utratę własnej osobowości; starość zdominowaną chorobami; przemoc drugiego, niewolnictwo, głód. Powszechny wymiar cierpienia filozof wyraża słowami: „W końcu jednak wszystkich może ugodzić to samo i każdy musi dźwigać swoją część” (Rudziński, 1978, s. 212).

Jaspers opisuje także różne postawy wobec cierpienia: niewiązanie bytu z nieuchronnością cierpienia (chęć unikania), zwalczanie cierpienia jako czegoś do usunięcia. W kontekście strategii odnoszącej się do siebie samego pisze on o samooszukiwaniu się, na przykład niepojmowaniu rzeczywistych stanów rzeczy, które nie dotyczą wtedy osoby egzystencjalnie, lecz są tylko znoszone i nie przekładają się na działanie. Wiąże się to z instynktownym ograniczaniem pola widzenia, na przykład niechęcią poznania prawdy z ust lekarza. O strategii odnoszącej się do drugiego pisze z kolei:

Schodzę z drogi innemu z powodu jego cierpienia, trzymając się z daleka i cofając w porę przed człowiekiem, kiedy jego cierpieniu nie da się zapobiec. W ten sposób przepaść rozwierająca się między szczęśliwymi a cierpiącymi powiększa się (Rudziński, 1978, s. 216).

Mówimy wtedy o znieczulicy, przemilczeniu, obojętności, bezwzględności, a nawet pogardzie i nienawiści do cierpiących.

Świadkiem znieczulicy, przemilczenia, obojętności i bezwzględności wobec umierających, a więc tych, których kresowi życia nie dało się zapobiec, była Cicely Saunders, angielska pielęgniarka. Dzięki rozmowom i przyjaźni z Dawidem Taśmą, nieuleczalnie chorym Żydem polskiego pochodzenia, Saunders założyła w 1967 roku i przez wiele lat prowadziła Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie. Idea stworzenia Hospicjum zrodziła się z jej obserwacji i doświadczeń, że pacjentom w ostatniej fazie choroby nie jest zapewniana należyta opieka ani medyczna, ani „ludzka”. Nazwa wybudowanego domu miała znaczenie symboliczne – „hospicjum” nawiązywało do tradycji średniowiecznych hospicjów¹, zaś św. Krzysztof jest patronem podróżnych. Antoni Bartoszek podkreśla pierwotne znaczenie słowa *hospitium*² – wysunięcie na pierwszy plan idei gościnności, rozumianej jako relacja między gospodarzem i przybywającym pod jego dach (Bartoszek, 2000, s. 65). Andrzej Gretkowski (2004) zwraca natomiast uwagę na znaczenie słowa *hospes*: odnosi się ono zarówno do przybysza, jak i gospodarza.

Idea nowoczesnego ruchu hospicyjnego w połowie lat 70. XX wieku przeniknęła do Stanów Zjednoczonych i Kanady, gdzie upowszechniła się pod nazwą opieki paliatywnej³. Termin „paliatywny” pochodzi od łacińskiego słowa *pallium* oznaczającego wszelkiego rodzaju okrycie lub przykrycie, bądź płaszcz grecki (zwłaszcza okrycie filozofów i pisarzy); *palliatum* znaczy „odziały, ubrany w grecki płaszcz”⁴. Obecnie w Europie i Kanadzie najczęściej używa się terminu „opieka paliatywna”⁵, w Anglii i Stanach Zjednoczonych mówi się o hospicjach, w Polsce o opiece hospicyjnej (zgodnie z tradycją hospicjów, które zaczęły powstawać na wzór londyńskiego, począwszy od lat 80.) lub paliatywnej (szpitalne oddziały opieki paliatywnej), czasami łącząc oba te określenia.

Wydaje się, że miejsca, gdzie świadczona jest opieka paliatywna, uważa się za miejsca straszne⁶, gdyż konfrontują one z brakiem nadziei na wyleczenie

¹ Hospicja były istniejącymi w różnych krajach Europy gospodami dla bezdomnych, podróżnych i pielgrzymów, świadczącymi również opiekę medyczną tym, którzy zachorowali w drodze (de Walden-Galuszko, 1996). Pierwsze hospicja powstały już w starożytności, a w średniowieczu, w dobie wypraw krzyżowych, nastąpił ich rozwój, utożsamiany z początkiem ruchu hospicyjnego (Bartoszek, 2000; Gretkowski, 2004).

² *Hospitium* (łac.) – sojusz, przymierze, związek gościnności; osoba połączona z inną trwałym związkiem gościnności, druh, stary przyjaciel; gościna, ugoszczenie; dom gościnny, zajazd, przytułek, mieszkanie, dom. Zob. Plezia, 1962, s. 13–14.

³ *Palliativecare*; *palliative* – łagodzący, uśmierający, działający na symptomy choroby bez wpływu na jej przyczynę.

⁴ Plezia, 1974, s. 734.

⁵ Saunders była temu przychylna pod warunkiem zachowania duchowych wartości związanych ze średniowiecznymi hospicjami.

⁶ „Tam jest tak strasznie” – powiedziała mi żona pacjenta o oddziale opieki paliatywnej, na który w nocy z domu karetka przewiozła jej męża po przyjętej chemioterapii. Weszła do gabinetu z tymi właśnie słowami.

(Goldenberg, 1987). Opieka paliatywna rzeczywiście oznacza przejście, tak dobrze wyrażone w języku angielskim, od *to cure* do *to care* (leczyć/wyleczyć – sprawować opiekę, troszczyć się, pielęgnować). Saunders nie chciała, aby hospicja utożsamiano z „umieralnikami” – miejscami zaniechania wszelkich działań i opuszczania chorych. Zwróciła ona uwagę na złożoność ich cierpienia, jego wielowymiarowość, i wyraziła ją poprzez koncept *totalpain*.

Ten totalny ból zawiera w sobie ból fizyczny, ale też psychiczny (emocjonalny), duchowy i społeczny. Dlatego w hospicjach zaczęły pracować interdyscyplinarne zespoły złożone z lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów, psychologów, kapelanów, pracowników socjalnych. Sensem sprawowanej przez nie opieki jest służba życiu, towarzyszenie temu życiu, które pozostało choremu do przeżycia. Tak rozumiana opieka paliatywna wydaje się odpowiedzią na graniczne sytuacje cierpienia i śmierci, sprzeciwem wobec braku należytej opieki nad osobami umierającymi.

„Tam jest tak strasznie” wyraża jednakże kontekst indywidualnego cierpienia konkretnych pacjentów i członków ich rodzin, tracących w osobie umierającej dziecko, żonę, męża, matkę, ojca, babcię, ciocię... Mówią o tym słowa Emmanuela Goldenberga, psychiatry wspierającego paliatywne zespoły medyczne:

Śmierć pozostanie cierpieniem, cokolwiek bym zrobił. To właśnie z tej pewności wyrasta idea towarzyszenia. Nie jest ona rozwiązaniem problemu, nie jest techniką opieki. Jest rytuałem przejścia, który wyraża separację i utratę, tworzy i ochrania tożsamość zarówno tego, który przechodzi, jak i jego przewoźnika, pozwala nie na myślenie o tajemnicy śmierci, która jest nie do pomyślenia, lecz czyni możliwym do pomyślenia cierpienie powodowane świadomością, że ja także jestem śmiertelny (Goldenberg, 1987, s. 495).

Przytoczone słowa mogą wydać się sprzeczne, zawierają w sobie pewien paradoks. Po co towarzyszyć, skoro i tak nic nie zmienię, skoro „śmierć pozostanie cierpieniem, cokolwiek bym zrobił”? Lecz jeśli drugi mnie wzywa? Mogę, używając słów Jaspersa, zejść mu z drogi, mogę, jak o tym samym mówił Jacek Baczak, odwrócić się powoli i dyskretnie, skreślając tym obrotem realność jego krzyku i wołania o pomoc (Baczak, 1995, s. 70). Ale zanim go minę, mogę także usłyszeć jego prośbę, skargę czy wołanie i jego cierpienie może mnie dotknąć. Tadeusz Sławek napisał, że „każda ludzka relacja, o ile jest prawdziwa, musi przejść przez próbę niewycofywania się przed cierpieniem” (Sławek, 2004, s. 14).

2. Spotkanie z drugim w cierpieniu – paradygmatyczna sytuacja etyczna

[Bliźni] jest przecież pierwszym gościem, niezapowiedzianym.

(E. Lévinas, *Inaczej niż być lub ponad istotą*, s. 145)

Zdaniem Kaczkowskiego, nawiązującego do klasyków filozofii dialogu, spotkanie konstytuuje się w zetknięciu z twarzą drugiego człowieka, która u Emanuela Lévinasa nabiera szczególnego znaczenia: oznacza swoiste odniesienie do transcendentnej istoty człowieka, „objawienie się” tajemnicy drugiego w spotkaniu, jej zobowiązującą siłę, gdy stajemy naprzeciw drugiego⁷ (Kaczkowski, 2010, s. 283). Dla Lévinasa moment spotkania z drugim w cierpieniu jest paradygmatyczną sytuacją etyczną. Jest to sytuacja asymetrycznej relacji, kiedy drugi jawi się nam w swojej konkretnej jednostkowości (*idiōma*) jako człowiek cierpiący, bezbronny, kruchy, wystawiony na niebezpieczeństwo.

Słowa Lévinasa, zwłaszcza gdy mówi on o wezwaniu płynącym z twarzy („Twarz jest tym, czego nie można zabić, a w każdym razie tym, czego sens polega na stwierdzeniu: «nie zabijaj»”, Lévinas, 1991, s. 50) i o odpowiedzialności („Myślę, że w odpowiedzialności za drugiego jest się odpowiedzialnym za śmierć drugiego”, Lévinas, 1991, s. 65), w sposób szczególny brzmią w kontekście opieki paliatywnej. Marie-Sylvie Richard, francuska lekarka, tak się do nich odwołuje:

Teksty Lévinasa, nad którymi pracowałam, zmusiły mnie do refleksji nad relacją pomiędzy chorymi, ich bliskimi i nami, sprawującymi opiekę. Przy łóżku chorego czy nie jesteśmy, zarówno rodzina, jak i personel, wezwani przez twarz drugiego? (...) Fizyczne i moralne cierpienie pacjenta i jego bliskich, ich historia często burzliwa, wzywają nas do odpowiedzialności. Nawet wtedy, gdy w pewnych sytuacjach klinicznych trudnych, a nawet nie do zniesienia, życzymy, aby śmierć nadeszła bez ociągania się, słyszymy w nas samych imperatyw pochodzący z twarzy: „Nie zabijesz” (Richard, 2004, s. 71).

Jeśli ludzkie cierpienie staje w centrum rozważań Lévinasa, to właśnie dlatego, że porusza nas ono i nie pozwala odchodzić w swoją stronę bez wyrzutów. Jego etyka skupia się wokół idei podmiotu dotkniętego przez cierpienie drugiego, wezwanego w tym doświadczeniu do odpowiedzialności za niego⁸,

⁷ Dla Sławka (2004) twarz drugiego jest miejscem nie tyle wolnym od bólu, ile niepoddającym się bólowi, miejscem, w którym cierpienie zostaje przekroczone.

⁸ W kontekście opieki dziecięcej Jacek Filek pisał: „Ktoś, oczywiście, może zapytać: a cóż obchodzi mnie to zatrwożone dziecko, cóż obchodzi mnie ta chora dziewczynka, ten umierający chłopczyk? Ciekawszym jednak będzie pytanie kogoś innego, kogoś, kto zapyta: dlaczego tak obchodzi mnie los tego dziecka? Dlaczego tak boli mnie śmierć tego dziecka? Tak czujący

do troski o niego przekraczającej troskę o siebie (Maillard, 2004). Kaczkowski szczególną sytuację chorego w stanie terminalnym nazywa sytuacją terminalną i uznaje za jedną z takich, w których spotkanie jest jedynym właściwym i pożądanym sposobem odniesienia do drugiego.

Pisze on: „Są jednak takie sytuacje międzyludzkie, które wydają się dialogiczne niejako «z natury». Takie, w których każda próba «ominięcia» tajemnicy drugiego, próba uniknięcia epifanii jego twarzy i dochodzącego z niej wezwania, wydaje się czymś nieludzkim i radykalnie niewłaściwym” (Kaczkowski, 2010, s. 285). Co więcej, są takie sytuacje, kiedy o spotkanie trzeba zabiegać, ponieważ umieranie, w sposób ostateczny i radykalny, stawia przed umierającym pytanie o sens ludzkiego życia, a rozstrzygając ten dramat, zdany jest on na otaczających go ludzi. Opieka terminalna jest dla autora opieką o charakterze dialogicznym i do takiego przeżywania jej zachęca towarzyszących umierającemu.

Filozofia Lévinasa, jak widzieliśmy, wydaje się szczególnie znacząca w tym obszarze opieki, jednakże, jak zwraca uwagę Nathalie Maillard (2004), nie należy rozpatrywać jej jedynie jako odnoszącej się do dziedziny opieki medycznej. Kierunek myślenia tego filozofa jest właśnie odwrotny, ponieważ próbuje on uchwycić istotę tego, co rozgrywa się między cierpiącym a spotykającym go, a co jedynie w wyraźny sposób odbija się w relacji opieki medycznej. Jako że aktywność medyczna jest znakiem troski o drugiego, odpowiedź na prośbę o pomoc kierowaną przez drugiego ma ten właśnie rys.

Mówił on:

Wydaje mi się, że cierpienie oznacza zamknięcie, skazanie na samego siebie. Jednakże w cierpieniu rozlega się krzyk, westchnienie, skarga. Jest to pierwsza modlitwa, jej źródło: pierwsze słowo zaadresowane do nieobecnego. Lekarz jest tym, który słyszy te skargi. Dlatego też w tym niesieniu pomocy drugiemu, w odpowiedzi na pierwsze wezwanie, pierwsza odpowiedź jest być może odpowiedzią lekarza. Nie mówię, że każdy jest lekarzem w stosunku do każdego innego, ale z całą pewnością to medyczne oczekiwanie na drugiego w cierpieniu tworzy jeden z bardzo głębokich korzeni międzyludzkiej relacji (Hirsch, Lévinas, 1986, s. 43).

I w innym miejscu: „Nie pozostawiać drugiego w jego samotności, w jego śmierci. Powołanie medyczne człowieka” (Hirsch, Lévinas, 1986, s. 46).

i tak zapytujący naprowadza nas na istotny ślad – ślad naszej podstawowej odpowiedzialności” (Filek, 2005, s. 13).

3. Towarzystwo – odpowiedź na cierpienie?

Nie idź jeszcze. Czemu jedna minuta nie może być jak godzina albo nawet rok?

(Z rozmów z *Nikodemem*)

Słowa Lévinasa o cierpieniu oznaczającym z jednej strony zamknięcie w sobie, z drugiej zaś potrzebę drugiego wyrażającą się w krzyku, westchnieniu, skardze, wprowadzają nas w próbę charakterystyki cierpienia jakże podobnej, prócz Lévinasa, także u Paula Ricoeura i Tadeusza Sławka. Celem jej jest ukazanie tych rysów cierpienia, które pozwolą zrozumieć, na co odpowiada towarzystwo, gdyby widzieć w nim właśnie odpowiedź.

Analizując cierpienie na osi ja sam–inny, a więc ukazując wpływ cierpienia na naszą relację z drugim, Ricoeur mówi o czterech postaciach odizolowania w cierpieniu. Są to: doświadczenie niezastępowalności, doświadczenie niekomunikowalności i samotności cierpienia (inny nie może ani zrozumieć, ani pomóc cierpiącemu), doświadczenie drugiego jako raniącego wroga oraz piekielne doświadczenie bycia wybranym do cierpienia. Jeśli chodzi o aspekt „ja”, cierpienie powoduje w „ja” odczucie istnienia „do żywego”, bycia żywą raną, co wyraża fraza „cierpię – jestem?” (bez żadnego *ergo*). Cierpienie dotyka intencjonalności, kierującej się na coś innego niż ja sam, stąd wycofywanie się ze świata, „który nie ukazuje się już jako możliwy do zamieszkania, ale jako wyludniony” (Ricoeur, 1992, s. 57).

Drugą osią, na której Ricoeur analizuje cierpienie, jest oś działania–doznawania. Cierpienie okalecza zdolność mówienia, zdolność wykonywania czynności, zdolność opowiadania (o sobie)⁹ i poszanowania samego siebie. W kontekście tego wywodu najistotniejsze jest pierwsze okaleczenie – niemożność mówienia. Ricoeur pisze: „Powstaje pęknięcie między chęcią mówienia i niemożnością mówienia. I właśnie w tej rozpadlinie chęć mówienia nabiera mimo wszystko kształtu jako skarga (...) i kieruje się ku innemu jako prośba, jako wołanie o pomoc (Ricoeur, 1992, s. 58).

Ostatnią osią analizy cierpienia jest oś sensu, próbująca odpowiedzieć na pytanie, czego cierpienie uczy. Przestrzegając przed pułapkami moralizmu

⁹ Pieter Frans Thomése, ojciec tracący dziecko, pisze w tym kontekście o języku bezskutecznie przeszukującym podniebienie, o wrażeniu, że wszystkie napotykanne słowa wydają się pożyczone, niewłaściwe, o uderzonej w język zdolności przekazywania. Pisze o swojej wędrownicy „w drodze od tego, co niewypowiedziane, do tego, co nie daje się wypowiedzieć” (Thomése, 2011, s. 48). Słowa wyrażają jedynie żalobę, gdyż odsyłają do świata, który przed chwilą, na końcu języka, umarł. Sam język nie chce zrozumieć cierpiącego: „Język nie ma ochoty mnie zrozumieć, nie chce się poddać. Niczym jaskółki przecinają powietrze nieśmiertelne jeszcze słowa. Nie dają się zwabić marnym chlebem znaczeń, przybić do drzwi stajni jak nietoperze” (Thomése, 2011, s. 103).

oraz doloryzmu, autor zaznacza, że próbuje odpowiedzieć na to zagadnienie z wielką skromnością i szacunkiem. Jeśli chodzi o odniesienie do samego siebie, cierpienie sprawia, że pytamy się i skarżymy: dokąd? dlaczego ja? dlaczego moje dziecko? – cierpienie zadaje pytania. W aspekcie odniesienia do drugiego cierpienie zawiera w sobie skierowane do niego wezwanie o pomoc – cierpienie wzywa. „Wbrew odizolowaniu cierpienie wyrażające się w skardze jest wezwaniem innego człowieka, prośbą o pomoc – być może niedającą się wypełnić, prośbą o cierpienie-wraz bez reszty, bo takie współczucie jest niewątpliwie czymś, czego nie można dać” (Ricoeur, 1992, s. 63).

Swoje rozważania o bólu i cierpieniu Sławek rozpoczyna od refleksji zbieżnej z poglądami cytowanych już Jaspersa i Baczaka, jak trudno jest znieść nam widok cierpienia i jak wielką rodzi to pokusę ucieczki. Píše on:

Jest rzeczą zawstydzającą, lecz jakby ponad naszą miarę, że przed cierpieniem drugiego najczęściej ustępujemy, wycofujemy się, uznając się za pokonanych. Gdy Filoktet odsoni „ciemną krew sączącą się z głębokiej żyły”, reakcji przyjaciela łatwo domyślmy się z kolejnych wersów. Po „Widzisz, jak to wygląda”, może przyjść już tylko rozpaczliwe wezwanie: „Nie, nie uciekaj”.

Stąd autor pisze dalej, że cierpienie wyłącza człowieka ze wspólnoty. Ponadto cierpiący boleje w dwojnasób: z cierpienia ciała i cierpienia mowy, a właściwie jej braku. „Nagle wycofanie się mowy związane jest ze szczególnie dobitnym, ostrym, wręcz kaleczącym człowieka, wzmocnionym poczuciem bycia” (Sławek, 2004, s. 11–12).

Podobnie jak Lévinas i Ricoeur, Sławek opisuje zamknięcie się w sobie człowieka cierpiącego, z jednoczesnym wezwaniem drugiego, by pomógł, odnosząc to do pojęcia (nie)gościnności.

Z jednej strony każdy cierpi w samotności swojego tylko ciała, jakby zamykając się na głucho przed wszystkimi. Ból ma strukturę kamienia, do którego drzwi – jak wiemy – można się tylko co najwyżej dobijać (...). Z drugiej jednak strony ból zamknięty w swojej izolowanej domenie staje się cierpieniem podwójnym, tak jakby brak możliwości wspólnego doznawania bólu stanowił dodatkowe źródło boleści. Cierpienie jest niegościnne, lecz – o paradoksie – to w cierpieniu właśnie odczuwamy szczególnie potrzebę doznania gościnności (Sławek, 2004, s. 11).

Ten ukazywany przez wszystkich autorów rys charakterystyczny cierpienia pozwala zrozumieć, na co odpowiedzią może być towarzyszenie – na zawartą w cierpieniu prośbę o pomoc, skargę, wezwanie, na potrzebę doznania gościnności, jest odpowiedzią na „nie idź jeszcze”...

Towarzyszenie nie jest jednakże w stanie odjąć cierpienia powodowanego przez chorobę i śmierć, mimo że na nie odpowiada. Ta wspólna bezradność i niemoc wobec cierpienia umożliwiają być może spotkanie między towarzyszącym a osobą, której się towarzyszy. Marie de Hennezel pisze, że dopiero

dotykając własnego poczucia bezsilności, jesteśmy najbliżej osoby, która cierpi, i możliwe jest wtedy spotkanie między dwiema istotami tak samo oniezmiałyymi wobec pytań o cierpienie i śmierć (de Hennezel, Leloup, 1997).

4. Towarzystwo w opiece paliatywnej

– wysłuchaj mnie, pomóż mi, zostań ze mną
– nigdy cię nie opuszczę

(J. Łuczak, *Filozofia i organizacja opieki paliatywnej – hospicyjnej*, s. 29)

Czym byłoby więc towarzyszenie pacjentowi w opiece paliatywnej? Paula La Marne tak tym pisze: „Ta szczególna opieka oznacza działania podejmowane na różnych płaszczyznach (medycznej, psychologicznej, społecznej, duchowej) w celu zapewnienia ogólnego komfortu dostosowanymi środkami, tak by towarzyszyć umierającemu aż do końca” (La Marne, 1999, s. 73). Można więc powiedzieć, że towarzyszenie jest celem opieki paliatywnej. Jest też ono szczególnym wymiarem, którego nie może zabraknąć w relacji opieki (medycznej). „Troska o towarzyszenie jest obecna i daje to poczucie, że jest się osobą, szanowanym podmiotem, gdy zaś brakuje wymiaru towarzyszenia, ma się wrażenie bycia ciałem, chorobą, zębem, które się, owszem, pielęgnuje, lecz nic więcej” (Goldenberg, 1986, s. 53).

Jacek Łuczak, pisząc o cechach opieki paliatywnej, wspomina o spełnianiu prośb umierających chorych. Wymienia sformułowane przez Saunders prośby: „wysłuchaj mnie, pomóż mi, zostań ze mną”. Choremu gwarantowana jest ciągłość opieki, również w fazie umierania – „nigdy cię nie opuszczę” (Łuczak, 1996, s. 29). Towarzystwo osobie chorej i umierającej zajmuje centralne miejsce w filozofii opieki paliatywnej.

Próby definicji towarzyszenia, niewiele się od siebie różniąc, nawiązują do metafory drogi, wspólnego marszu. Najczęściej odnajdowana we francuskiej literaturze definicja towarzyszenia została sformułowana przez Patricka Verspiera: „Towarzystwo komuś nie oznacza poprzedzać go, wskazywać mu drogę, narzucać ją. Nie oznacza nawet znajomości kierunku, który zostanie wybrany. Jest to wędrowanie u boku, pozostawiające wybór zarówno ścieżki, jak i rytmu kroku” (Verspieren, 1984, s. 183).

Nie powinniśmy jednak myśleć, że jest ono możliwe. Tak pisze o tym Catherine Chalier:

Jeśli idea towarzyszenia drugiemu w jego cierpieniu nie jest rzeczywiście przejmująca, to dlatego, że mówi zarazem zbyt wiele i niewystarczająco wiele. Zbyt wiele, jeśli pozwala usłyszeć, że możemy śledzić krok za krokiem drogę [chorego], dopasowując

nasz marsz do jego marszu (...), niewystarczająco wiele, jeśli uważamy, że ten, który towarzyszy, pamięta ciągle, iż taka tylko jest jego rola i w pewnym momencie, nawet nie na końcu drogi, będzie mógł powrócić do swych zajęć i trosk (Chalier, 1985, s. 7).

5. Świadection doświadczenia

Daję świadection doświadczeniu i apeluję do doświadczenia. Oczywiście doświadczenie, o którym daję świadection, jest doświadczeniem ograniczonym, lecz nie należy uważać go za „subiektywne”.

(M. Buber, *Ja i Ty*, s. 39)

Poniższe fragmenty pochodzą z pracy magisterskiej autorki (Wójcik-Krzemień, 2006). Praca dotyczyła towarzyszenia choremu, jego rodzinie oraz personelowi medycznemu. Zrodziła się z doświadczenia spotkania dwunastoletniego chłopca chorującego na zanik mięśni z wolontariuszką w szpitalu dziecięcym. Było to spotkanie, które zapoczątkowało szereg kolejnych, będących odpowiedzią na pytania i prośby: „Kiedy przyjedziesz? Przyjdź w sobotę, koło 10.00. Tak do 13.00, dobra? Albo do 17.00”.

Napotkane w literaturze słowo „towarzyszenie” było wtórne wobec szpitalnych doświadczeń, jednak wydało się je trafnie ujmować, intrygowało znaczeniami, zmuszało do ich poszukiwania. Wyjazd na półroczne stypendium do Paryża, kwerenda biblioteczna tam przeprowadzona oraz staż w ośrodku opieki paliatywnej Maison Médicale Jeanne Garnier urzeczywistniły pragnienie napisania pracy magisterskiej o towarzyszeniu. Tam, zgodnie z filozofią opieki paliatywnej, problematyka towarzyszenia pacjentowi u kresu życia została wzbogacona o towarzyszenie tym, którzy mu towarzyszą: rodzinie i sprawującym opiekę.

Jeden z rozdziałów pracy, zatytułowany *Świadection doświadczenia*, przyjął formę opisu kilkunastu sytuacji¹⁰ ukazujących jednostkowe aspekty towarzyszenia. Wybrane wypisy zostaną teraz przytoczone, by ukazać próbę zastosowania podejścia idiograficznego w praktyce psychologicznej, mimo że fragmenty te nie były pierwotnie pomyślane jako próby takich ilustracji. Ich forma była nie tyle wybraną spośród innych, ile jedyną możliwą do wybrania.

¹⁰ Sytuacja, jak pisał Jaspers, to „nie tylko rzeczywistość poddana prawom przyrody, lecz raczej rzeczywistość zawierająca wymiar sensu, która w swej konkretności nie jest zjawiskiem fizycznym ani psychicznym, lecz jednym i drugim zarazem” (Rudziński, 1978, s. 186).

5.1. Hospicjum – relacja gościnności

Chłopiec, któremu towarzyszyłam, pokazał mi kiedyś pilota do telewizora, którego dostał od pielęgniarek, żeby sam mógł przełączać kanały. Bardzo się z niego cieszył. Z tyłu przyklejony był żółty plaster, a na nim niebieskim długopisem napisano imię i nazwisko chłopca, poniżej numer oddziału, a pod nim numer pokoju. Pomyślałam, że pewnie jest mu przykro z powodu tego plastra. Ale chłopiec kazał mi przeczytać znajdujące się tam napisy. Niepewnym głosem przeczytałam pierwszą linijkę, imię i nazwisko, i chciałam odłożyć pilota. Usłyszałam: „Nie! Czytaj dalej, czytaj!”. Przechytałam: „Oddział...”. Sytuacja powtórzyła się przy ostatniej linijce, ponieważ znów się zatrzymałam. „Czytaj dalej, Anka!”, „Pokój numer...”. Dopiero wtedy zrozumiałam, jak bardzo był dumny z tego pilota, z tego, że wszystko na nim z tyłu wypisano.

Można by uważać, że chłopiec był „gościem” szpitala, przyjętym przez tę placówkę na czas opieki. Z drugiej jednak strony Nikodem nie był tam, w szpitalu, „gościem”. To raczej ja, odwiedzając go, bywałam gościem, gościem w jego domu. On mnie tam „przyjmował”, częstował smakołykami, które wcześniej od kogoś dostał, planował następne odwiedziny. Sytuacja z pilotem przypominała podawanie własnego adresu: imienia, nazwiska, ulicy i numeru domu.

5.2. Paliatywny – okryty płaszczem opieki

Palliativus oznacza „okryty płaszczem”. To pierwotne znaczenie słowa w kontekście opieki paliatywnej wydaje się dobrze oddawać jej istotę. Ponieważ Nikodem wielokrotnie prosił, by go „przykrywać”¹¹.

Pamiętam, jak pewnego razu przyjechałam do niego rano, około 10.00, planując wyjść o 13.00, żeby zdążyć na 14.00 na uczelniany dyżur. Gdy po trzech godzinach zaczęłam szykować się do wyjścia, tłumacząc, że muszę iść, Nikodem zaczął prosić, żebym koniecznie jeszcze została, zadawał różne niezwiązane z sobą pytania, mówił, że „nie odda” mojego telefonu komórkowego itp. Widząc, jak bardzo się stara, bym nie poszła, zostałam, myśląc, że w takim razie pójdę na dyżur w następnym tygodniu. Po jakimś czasie Nikodem poprosił, żebym zasunęła zasłony, poprawiła mu poduszkę i przykryła go. Powiedział: „Będę spał”. I to był właściwy czas, żebym poszła.

¹¹ I z taką prośbą przyśnił się. „Śnił mi się Nikodem/ i dużo ludzi wokół niego/ Chciał spokoju/ Wzięłam go na ręce/ i zanosłam jak małe dziecko/ do innego pomieszczenia/ Położyłam na materacu/ Przykryłam/ Zgasiłam światło i zamknęłam drzwi/ prosząc, by nikt nie wchodził/ Czułam, że tak mu będzie dobrze/ że tak by chciał/ że sama muszę wyjść teraz/ a jego zostawić/ żeby spał spokojnie/ – Obudź się, proszę” (23.10.2004).

Zazwyczaj zostawiając go, mimo że jest zadowolony, „nacieszony” spotkaniem, myślę, co będzie robił, czy nie będzie mu smutno itd. Istnieje więc jakiś mój smutek, który przeżywam, zamykając drzwi oddziału i wchodząc do windy. Tylko wtedy, chyba jedyny raz, gdy zostawiłam go przykrytego, czułam, że to bardzo dobra forma rozstania, i uśmiechałam się do siebie, myśląc o jego sprycie, że mnie tak umiejętnie przetrzymał, na końcu mówiąc: „Będę spał”.

Płaszcz, o którym mowa, zgodnie z łacińską etymologią to płaszcz filozofa lub pisarza.

5.3. Towarzystwo

Wchodząc do szpitalnego pokoju Nikodema, mówiłam „Cześć” i siadałam obok jego łóżka (najczęściej oglądał coś w telewizji). Nauczyłam się, że ważne było, by nie przeszkadzać mu w tym, co oglądał, nie zagadywać, nie odrywać (w przeciwnym razie denerwował się lub w najlepszym wypadku pozostawał obojętny). Siadałam więc obok i zaczynałam oglądać to co on. Zazwyczaj po kilku minutach Nikodem odzywał się:

- Wiesz, o co chodzi?
- Nie.
- Oni ukradli helikopter¹².

Tak rozpoczynała się rozmowa wykraczająca potem poza fabułę filmu, który często przestawał być ważny.

Ostatnio, gdy przyszłam (a było to przed południem), Nikodem spytał: „Ile będziesz ze mną? Zostań do 18.00”. Wiedziałam, że chce po prostu, żebym z nim była, była przy nim. I że ta obecność (sam fakt, że ktoś spędzi z nim, przy jego łóżku, pewien dłuższy czas) jest dla niego najważniejsza.

Rozmawialiśmy (bardzo lubię, gdy Nikodem coś opowiada, lubię poznać jego sposób widzenia świata: „Nie jestem pewny, ale przypuszczam, że wiesz, Stany, bo Stany są bogatsze, mają już czwartą część Harry’ego¹³. Nie jestem pewny, ale to prawdopodobne”), bawiliśmy się trochę, graliśmy w karty... Odnosiłam jednak wrażenie, że to sam fakt, iż byłam – że ktoś był przy nim – uszczęśliwiał go najbardziej.

W południe obiad, po godzinie deser, wieczorem przygotowania do snu. Byłam z nim w jego codziennych momentach dnia. Byłam. Jakiś malutki kawałek drogi razem przebyty. Byłam więc towarzyszem.

¹² Wspominam to z uśmiechem, ponieważ był to film sensacyjny, a jego wyjaśnienie w zestawieniu z całą akcją wydawało się bardzo lakoniczne.

¹³ Chodziło o ekranizację czwartego tomu książki *Harry Potter* J.K. Rowling.

5.4. Obecność

W paryskim Domu Medycznym w rozmowach i na spotkaniach wolontariuszy wielokrotnie podkreślano rolę i jakość obecności oraz gotowość do słuchania. Obecność i słuchanie były wyróżniane jako aspekty towarzyszenia.

Pamiętam, jak karmiłam pewnego pana w Domu Medycznym w Paryżu. Jadł bardzo wolno. Siedział w fotelu. Zasypiał, budził się, kontynuował posiłek. Przyjmował z łyżki ledwie widoczną część pożywienia i bardzo dużo czasu upływało, zanim po przełknięciu był gotowy na następną porcję. Choć na początku chciałam go trochę pospieszyć, zrozumiałam, że szybciej nie może, więc starałam się respektować jego tempo. Miałam też wrażenie, że ów pan stara się ze mną „współpracować”. Gdy nakłaniałam go, by zjadł jeszcze troszeczkę, otwierał usta i starał się jeść. Kiedy pytałam, czy chce pić, z mimiki dało się wywnioskować odpowiedź. Gdy wreszcie dał znak, że już zdecydowanie nie chce, podziękowałam mu za czas tego posiłku i pożegnałam się. Wychodząc, przy drzwiach usłyszałam, jak wyraźnie i dość głośno powiedział: „To ja pani dziękuję”. Chorzy rozumieli o wiele więcej, niż nam się niejednokrotnie wydawało.

5.5. Słuchanie

Zdarzało się, że pacjenci poruszali w rozmowie z wolontariuszami temat swej śmierci, lęku przed nią. Myślę, że gdyby nie „gotowość słuchania”, z którą przychodziliśmy, i co za tym idzie, gdyby nie „możliwość usłyszenia”, rozmowy te byłyby niemożliwe.

– Niedziela bardzo źle minęła.

Ośmieliłam się zapytać dlaczego.

– Ponieważ głosy mi powiedziały, że umrę.

Po momencie ciszy:

– Ale nie to było najbardziej przerażające. Głosy mi powiedziały, że umrę, dusząc się.

Czasem były to dialogi o odejściu, ale bez używania związanych z tym słów.

– Myślę o mojej matce. (...) Tak, brakuje mi mojej matki. (...) Myślę o niej, ponieważ miała tę samą chorobę co ja. I myślę także o mojej córce, której mnie będzie brakować.

Usłyszane zdania czasami na długo zostawały w pamięci.

Pani z nieuleczalnym nowotworem, która od miesiący tułała się po różnych szpitalach, by w końcu trafić do hospicjum, powiedziała, że tak dawno nie była w domu, iż nie pamięta już koloru swojego kota. Inny chory w Domu Medycznym Jeanne Garnier, wyglądając przez okno (była to jesień 2005

roku), zobaczył pana, który wykonywał swoją pracę polegającą na zamiataniu liści z chodnika. Powiedział: „Chciałbym być jego pomocnikiem”.

5.6. Wezwanie o obecność drugiego

(31.12.2004)

Byłam u Nikodema od rana do popołudnia. Cieszył się, że ktoś spędzi z nim połowę tego dnia, gdyż większość dzieci była na przepustkach w domu. Te nieliczne, które pozostały, rozmawiały o zbliżającej się sylwestrowej nocy. Gdy wychodziłam, umówiliśmy się, że jeśli siostry pozwolą mu nie spać do północy, niech da mi sygnał na komórkę (chłopiec miał nadzieję, że ciszsza nocna rozpocznie się później, ale jednocześnie obawiał się nieugiętości siostr). O północy usłyszałam umówiony sygnał i odpowiedziałam na niego.

Gdy widziałam się z nim po sylwestrze, rozmawialiśmy przez chwilę o tej nocy.

– Skoro puściłeś sygnałka, to siostry nie kazały wam iść wcześniej spać?

– Nie.

– To super, prawda?

Po chwili ciszy powiedział:

– Nie zadzwoniłaś.

– A miałam zadzwonić? Przepraszam, nie pomyślałam, żeby zadzwonić.

– W sylwestra???

(05.2005)

Gdy weszłam na szpitalny korytarz pewnego zakładu opiekuńczo-leczniczego, poproszona przez koleżankę-lekarza, podjechał do mnie pan na wózku. Spytał:

– Pani do mnie?

To pytanie odebrało mi mowę, nie spodziewałam się go. Popatrzyłam na tego pana z zaskoczeniem i bezradnością, unosząc ramiona i wykonując głową gest, że... nie...

– Szkoda... – odpowiedział, odjeżdżając.

6. Znaczenie twarzy drugiego

Świadek świadczy o tym, co przez niego jest wymówione. Powiedział on bowiem w obliczu drugiego: „oto jestem”; skoro wobec drugiego uznaje on spadającą na niego odpowiedzialność, odsłania to, co twarz drugiego znaczyła dla niego.

(E. Lévinas, *Etyka i nieskończony*, s. 60)

Jacek Baczak, pielęgniarz w zakładzie dla obłożnie chorych, kończy swoje dzienniki świadectwem, gdzie odsłania znaczenie twarzy drugiego, które odkrył, goląc swoich pacjentów. Przywołajmy jego słowa:

Byłem sprzątaczem i golibrodą. Golenie miało w sobie ukryty smak poznawania. Stojąc przed zarośniętymi twarzami starych mężczyzn, odkrywałem je na nowo. Ostrze maszynki ściągało pianę i wynurzały się znajome zmarszczki i zagłębienia. Wyżłobione góry i doliny z bliska. Poszarpany pejzaż doświadczeń, który za każdym razem okazywał się nowy, bolesny. Stawał się widowym znakiem rezygnacji, pogodzenia się. Golilem zawsze pod koniec zmiany, powoli żartując i rozmawiając. A jednak golenie stało się z czasem pełnym namaszczenia rytuałem. Obcując z ich twarzami, stopniowo i niewyraźnie uświadamiałem sobie, że obcuję z cząstką świętości¹⁴ (...). Żyłem przed Obliczem (Baczak, 1995, s. 94).

Jakie ślady, impresje zostawia w nas spotkanie z *idiōma*? Kaczkowski pisze, że naszym udziałem staje się wtedy swoiste rozumienie, które ma charakter etyczny, że ze spotkania wychodzi się przemienionym. „W spotkaniu bowiem drugi przejmuję nas sobą, a dokładnie tym, co stanowi rdzeń jego istoty. To «przejęcie» za sprawą drugiego wzywa nas do wzięcia za niego odpowiedzialności – do aktywnego, całościowego zaangażowania w «jego sprawę»” (Kaczkowski, 2010, s. 285).

Uwagi końcowe

Zdaniem Kaczkowskiego istota opieki terminalnej najlepiej została zapisana w łacińskiej etymologii słowa „hospicjum” – gościnne przyjęcie i otwarcie na człowieka jako na innego. Ale kto gości kogo? Myślę o tym także w kon-

¹⁴ Myśląc o znaczeniu twarzy drugiego, wielokrotnie wracam do tego fragmentu. Po roku spotkań Nikodem zaczął prosić mnie o „poprawienie mu głowy”. Brałam więc jego głowę pod jedną rękę, a drugą, w sposób, w jaki chciał, składałam poduszki. Czasem trwało to kilkanaście minut, zanim chłopiec nie poczuł, że pozycja głowy mu odpowiada, a każdy szczegół w ułożeniu poduszek odgrywał ogromną rolę, na przykład rogi poduszki-renifera. Szukając tego właściwego ułożenia, ja także uświadamiałam sobie, że „obcuję z cząstką świętości”.

tekście mojej pracy w domowym hospicjum dla dzieci. Można powiedzieć, że hospicjum, przyjmując dzieci i ich rodziny pod swoją opiekę, „ugaszcza ich”, otwierając niewidzialne drzwi swojej gospody. Z drugiej strony my, pracownicy, wielokrotnie doświadczamy gościnności rodziców czekających, by niemal rytualnie zagotować wodę na wspólną kawę czy herbatę.

Towarzysząc dzieciom i ich rodzinom w ich cierpieniu, także cierpimy, ich cierpienie nas dotyka. Wracam do słów Goldenberga:

Zapewnić pacjentowi dobrą śmierć jest ideą szlachetną, chwalebny pragnieniem, czymś, co konstytuuje zaangażowanie sprawującego opiekę medyczną, ale czy jest to wykonalna obietnica? Czy dobra śmierć nie jest jedynie iluzją? Iluzją użyteczną, która pomaga nam mniej się bać, ale mimo wszystko iluzją? Umieranie bez bólu czy cierpienia, czy nawet bez żalu, pozostanie umieraniem i zawsze będzie oznaczało separację, pożegnanie z życiem, konfrontację z nieznanym śmierci. Pozostanie doświadczeniem niepoddającym się redukcji, wyzwalającym smutek i strach (...). Śmierć pozostanie cierpieniem, cokolwiek bym zrobił. To właśnie z tej pewności wyrasta idea towarzyszenia (Goldenberg, 1987, s. 493–495).

Nie ujmę tego cierpienia, ale nie mogę uciec.

Sławek pisze zaś: „Na nieartykułowany odgłos cierpiącego ciała musimy znaleźć odpowiedź, każdy bowiem jęk jest w istocie dotykającym nas do żywego pytaniem” (Sławek, 2004, s. 15). Jak znaleźć tę odpowiedź? Marie-José Protin (1990) o podobnej sytuacji pisze, abyśmy zaakceptowali swój strach, niepokój, poczucie winy, będące wtedy emocjami normalnymi. Zaakceptowali to, że nie mamy odpowiedzi na pytania stawiane przez chorego i że nie ma nikogo innego, który znałby odpowiedzi na kwestie dotyczące przyszłości i śmierci. Zaakceptowali to, że nie ma na nie odpowiedzi, i mimo to mogli dalej przy nim być. Mamy jedynie siebie jako odpowiedź.

PS

Zapiski, przytoczone tu jako ilustracja dotknięcia i opisanie indywidualności drugiego, były formą radzenia sobie z tym doświadczeniem i odkrywania jego znaczeń, które być może inaczej nie mogłyby dojść do głosu. Jednocześnie pisaniu tego tekstu towarzyszyła bolesna świadomość tego, z jakim trudem dotknięcie drugiego w jego indywidualności, przeżyte w spotkaniu, przekłada się na słowa i procedury badawcze. Że mogę próbować opisać tylko ślad pozostawiony przez drugiego lub, ewentualnie, zadziwić się drogą, która z niego wyniknęła.

Podjęte tu refleksje nad relacją w opiece paliatywnej i naszą odpowiedzią na cierpienie drugiego zrodziły się właśnie z tego śladu. Gdy je ukończyłam, tego samego dnia zadzwonił telefon.

- Cześć. Co tam porabiasz?
- Wiesz, jak to wieczorną porą z dziećmi – kolacja, kąpiel.
- Nie przeszkadzam?

Ty spotyka mnie dzięki łasce – nie znajduje się go, poszukując. Ale to, że mówię do niego podstawowe słowo, jest czynem mojej istoty, moim istotowym czynem. Ty spotyka mnie. Ale to ja wchodzę w bezpośrednią relację z nim (...). Staję się Ja w zetknięciu z Ty (Buber, 1992, s. 44).

Literatura

- Baczak J. (1995). *Zapiski z nocnych dyżurów*. Kraków: Znak.
- Bartoszek A. (2000). *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*. Katowice: Księgarnia św. Jacka.
- Buber M. (1992). *Ja i Ty. Wybór pism filozoficznych*, przeł. J. Doktor. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
- Chalier C. (1985). La souffrance d'autrui. *Les nouveaux Cahiers*, 82, 4–20.
- de Hennezel M., Leloup J.-Y. (1997). *L'art de mourir*. Paris: Laffont.
- de Walden-Gałuszko K. (1996). *U kresu*. Gdańsk: Wydawnictwo Medyczne MAKmed.
- Filek J. (2005). Dziecko jako kategoria filozoficzno-etyczna. W: *Śmierć dziecka a idea domowego hospicjum*. Kraków: Domowe Hospicjum dla Dzieci im. ks. Józefa Tischnera, s. 9–17.
- Gretkowski A. (2004). *Ból i cierpienie*. Płock: Wydawnictwo Naukowe Novum.
- Goldenberg E. (1986). *Partir, l'accompagnement des mourants*. Paris: Cerf.
- Goldenberg E. (1987). Près du mourant, des soignants en souffrance... *Études*, 367 (5), 483–495.
- Hirsch E., Lévinas E. (1986). L'éthique est transcendance. W: E. Hirsch, *Médecine et éthique*. Paris: Les Éditions du Cerf, s. 39–46.
- Kaczkowski J. (2010). Dialogiczna struktura opieki paliatywnej. W: M. Górecki (red.), *Prawda umierania i tajemnica śmierci*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak, s. 282–306.
- La Marne P. (1999). *Éthique de la fin de vie*. Paris: Ellipses.
- Lévinas E. (1991). *Etyka i nieskończony. Rozmowy z Philippe'em Nemo*, przeł. B. Opol-ska-Kokoszka. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej w Krakowie.
- Lévinas E. (2000). *Inaczej niż być lub ponad istotą*, przeł. P. Mrówczyński. Warszawa: Fundacja Aletheia.
- Łuczak J. (1996). Filozofia i organizacja opieki paliatywnej – hospicyjnej. W: *Terminalnie chory – Hospicjum*. Prace Komisji Etyki Medycznej. Kraków: Polska Akademia Umiejętności, s. 25–40.
- Maillard N. (2004). Emmanuel Lévinas et l'éthique médicale. *Ethique & Santé*, 1, 100–106.
- Plezia M. (red.) (1962). *Słownik łacińsko-polski*. Warszawa: PWN.

- Plezia M. (red.) (1974). *Słownik łacińsko-polski*. Warszawa: PWN.
- Protin M.-J. (1990). Entendre la souffrance des soignants. *Laennec*, Octobre, 7–13.
- Richard M.-S. (2004). *Soigner la relation en fin de vie*. Paris: Dunod.
- Ricoeur P. (1992). *Filozofia osoby*, przeł. M. Frankiewicz. Kraków: Wydawnictwo Naukowe PAT.
- Rudziński R. (1978). *Jaspers*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Sławek T. (2004). Czy ból uczy? Lekcja spojrzenia dolorycznego. W: *Ból. Punkt po punkcie*. Gdańsk: słowo/obraz terytoria, Stowarzyszenie Pisarzy Polskich, s. 11–21.
- Thomé P.F. (2011). *Cień mojego dziecka*, przeł. A. Oczko. Wołowiec: Wydawnictwo Czarne.
- Verspieren P. (1984). *Face à celui qui meurt*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Wójcik-Krzemień A. (2006). *Przy łóżku chorego. O towarzyszeniu. Świadectwo doświadczenia*. Niepublikowana praca magisterska. Promotor: dr hab. M. Opoczyńska-Morasiewicz. Uniwersytet Jagielloński.