

PSYCHOTERAPIA 4 (171) 2014

strony: 25-31

Anna Wójcik-Krzemień

MIĘDZY TROSKĄ A PRZEMOCĄ — O RELACJI Z PACJENTEM W KONTEKŚCIE OPIEKI MEDYCZNEJ

BETWEEN CARE AND VIOLENCE — ABOUT THE RELATION WITH THE PATIENT IN MEDICAL CARE

Instytut Psychologii UJ

Dyrektor: prof. dr hab. Władysław Łosiak

**the ethics of presence
violence in care
relation with
person-subject of care**

Celem artykułu jest refleksja nad znaczeniem słowa „opieka” oraz nad rolą relacji w opiece medycznej. W oparciu o doświadczenia z pracy w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym (przedstawione przykłady towarzyszenia oraz dialogi z pacjentami), autorka dowodzi, iż relacja z pacjentem jest nieodłączną częścią opieki nad człowiekiem w chorobie. Sama sytuacja choroby może być przez pacjenta interpretowana jako forma skierowanej na niego przemocy, usprawiedliwiona i konieczna przemoc zawarta jest także w działaniach medycznych służących walce z chorobą. Obecność i umiejętność słuchania, uważność na różne formy ekspresji intymności drugiego, wskazują drogę uchronienia pacjenta, znajdującego się w sytuacji granicznej, przed dodatkową przemocą w opiece.

Summary: The aim of this article is to ponder on the meaning of the word ‘care’ and the role a relation plays in caring. The article is a result of the author’s experience gathered while working at a health care center. The method used is the participant observation. Attempts at accompanying the patients and dialogues with them are presented in order to illustrate the statement that the relation is an essential element of care, with the patient being its subject (not object). Paying attention to the relation should be an imperative for those who take care of others. Care is the answer to the disease, which the suffering patients interpret as violence directed towards themselves. Medical gestures contain justified violence which is used in fighting against the disease. The relation with the patient may also become “infected” with violence. The ethics of presence: sensibility towards different forms of expressing the other person’s intimacy and keeping discretion at the same time show the way to protect the patients from the unnecessary, additional violence in care. Being present and listening to the patients, which constitute basic aspects of accompanying, enable the patients to feel hospitality in the relation, which from their point of view is, indeed, very much needed while experiencing the grave situations of suffering (and death).

Relacji się nie ma, relacji się próbuje

M. Opoczyńska [1, s. 16]

Wstęp

Od kilku miesięcy jestem psychologiem w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym. Nazwa mojego miejsca pracy wielokrotnie mnie zastanawiała, czasami powtarzałam ją nawet sobie słowo po słowie, szczególnie zatrzymując się nad tym, co związane z opieką. Do tej

samej refleksji skłaniał mnie zwrot wzięty z dokumentacji medycznej moich poprzedników, który ja także zapożyczyłam, prowadząc własną część dokumentacji: „pacjent pozostaje pod opieką psychologa”. Pozostaje pod opieką... Pusta formułka? A jeśli nie, jakie znaczenia się za nią kryją i jaka jest moja opieka? Słowniki definiują opiekę jako „troskliwe zajmowanie się kimś lub czymś” [2, s. 241], lub: „dbałość, staranie, troskę, troskliwość, dbanie, pielęgnację” [3, s. 338]. Jeśli opieka jest troską, to o co powinna być ta troska? Do tego pytania powrócę na końcu.

Przemoc, choroba, opieka

Zdaniem C. Marin [4], by mówić o opiece, trzeba wziąć pod uwagę całe złożone równanie, które ma aż trzy niewiadome: przemoc, chorobę i właśnie opiekę. Analizując pierwszą z wymienionych kategorii, autorka wyróżnia trzy rodzaje przemocy. Pierwszy — to atak ze strony choroby, tzn. przeżywanie przez pacjenta choroby jako skierowanej na niego przemocy (mimo że za tym atakiem nikt nie stoi). Choroba spada z brutalną siłą, przynosząc ze sobą lęk, ból i wiele przymusów, zmienia wewnętrzną geografę całego ciała, wyrывa z fizycznych przyzwyczajzeń, zabiera prostotę gestów i płynność myśli. Zmienia stosunek do czasu — zastępuje czas przyszły trybem warunkowym. Modyfikuje stosunek do ciała i umysłu, przez co zakłóca obraz siebie i poczucie tożsamości.

Drugim rodzajem przemocy wyróżnionym przez C. Marin jest przemoc gestu medycznego: konieczna, usprawiedliwiona, uprawniona. Opieka medyczna, podobnie jak w sytuacji wojny, odpowiada na tę zagrażającą ciału i duchowi inwazję zabiegami medycznymi, badaniami, operacjami, mającymi rolę reparacji czy rekonstrukcji. W języku francuskim szczególnie dobrze widać, jak bliskie etymologicznie są słowa „wojna” i „zdrowienie”: *la guerre* i *la guérison*.

Autorka zwraca uwagę, że szpital to jedyne znane miejsce, w którym przemoc — zawsze karana moralnie i prawnie, tu uważana zaś za zwykłe narzędzie — jest banalizowana i bez wątplenia rozszerza się, wpływając w znacznym stopniu na relację z pacjentem. Dotykamy tu dodatkowej i niepotrzebnej przemocy w opiece: przemocy medycznej, a także relacyjnej. To trzeci z wyróżnionych przez Marin rodzaj przemocy. Sprawujący opiekę mogą być wektorami przemocy w relacji poprzez swoje zachowanie, gest, słowo, spojrzenie, postawy obojętności czy ucieczki, pozorne słuchanie, techniczne dyskursy lekceważące lub nawet wykluczające chorego.

Etyka obecności

Mówiąc o ograniczaniu, jeśli tylko jest to możliwe, relacyjnej przemocy w opiece, I. Rémy-Largeau [5] przywołuje „etykę obecności w kontakcie z drugim” B. Matraya, którego zdaniem [6], etyka oznacza konieczne i ciągłe poszukiwanie właściwego dystansu w relacji między osobami: kim drugi jest dla mnie, kim chcę, aby był, kim jestem dla drugiego, kim drugi chce, abym dla niego był? Etyka jest zadaniem, ponieważ w relacji kryje się ryzyko negacji drugiego jako podmiotu i użycia względem niego przemocy [por. 6, s. 49–50].

Mówiąc o etyce obecności, autor wyróżnia dwa fundamentalne dla swojego wywodu pojęcia: intymności i powściągliwości. Intymność odsyła nas do tego, co w człowieku jest najbardziej głębokie i specyficzne. Tam rodzi się jego życie wewnętrzne mające

wiele form wyrazu, zarazem wyrażalne i wyrażone tylko w części. Intymność jest dla człowieka miejscem wewnętrznej migracji, w którym konfrontuje się z najważniejszymi, egzystencjalnymi kwestiami. Byłyby to: skończoność życia ludzkiego (*Pora umierać*), poszukiwanie tożsamości uzewnętrzniające się w pytaniu, kim jestem (*Opowiadałam pani o „Zielonookiej Pani”*. *Czy ja byłam zwariowana?*) oraz urzeczywistnianie sensu własnego życia wokół: sprowadzające się do problemu, co robić (*Co ja teraz zrobię? Co ja teraz zrobię?*)¹. Powściągliwość zaś jest koniecznym działaniem odsłaniającego się podmiotu, który czyni się tym samym podatnym na zranienie. Jest ruchem wycofania się, pozycją obronną podmiotu ryzykującego relację.

Swoje rozważania o etyce obecności B. Matray [6] podsumowuje kilkoma uwagami. Zachęca do bycia wrażliwym na różne formy ekspresji intymności drugiej osoby, jednocześnie przypominając o powściągliwości w używaniu do tego naszych zmysłów. Przypomina, że w międzyosobowej relacji pragnienie, by wszystko mówić i wszystko wiedzieć jest niebezpieczne. W relacji trzeba bowiem zostawić miejsce na tajemnicę, która jest w każdym z partnerów. Na końcu przypomina o tym, że przestrzeń intymna potrzebuje powściągliwości jako instancji rozeznającej. Ten, kto z niej korzysta, wie, że nie można stać się posiadaczem tajemnicy drugiego, można ją tylko przyjąć. Relacja pozwala spełnić obietnicę wzajemnego uznania, którą w sobie niesie. Różne figury przemocy w relacji wskazują zaś na jej perwersję.

Słuchanie znakiem obecności

Zdaniem P. Verspieren [7], obecność powinna być żywa i polegać na słuchaniu. Co oznacza słuchać? M. Bellet [8, s. 40] proponuje kilka „reguł”, które jednakże nie mają „uzbrajać”, a „ogolaczać”. Stosowane mechanicznie mogą przeszkadzać w słuchaniu. Mają na celu „organizować” słuchanie, ale nie są jego gwarantem. Słuchać to:

- pozwolić na wypowiedzianie tego, co jest wypowiedzane,
- być całkowicie obecnym; jednocześnie pozostawić drugiemu całą przestrzeń,
- mówiąc, jedynie proponować, nie odbiegać od tego, co mówi drugi,
- niczym nie uprzedzać swojego słuchania,
- powstrzymać się od jakiegokolwiek osądzania, od tego, co zamykałoby drugiego w definicjach o nim,
- pozwolić drugiemu mówić jego językiem,
- nie wchodzić w krąg kłamstwa i fałszu,
- zapomnieć całą wiedzę,
- zrezygnować z całej władzy,
- nie szczyścić się swoją rolą,
- nie chcieć nic dla drugiego i w ten sposób zupełnie się wycofać.

M. Bellet dodaje dalej, że takiego słuchania zawsze brakuje, że jest ono niemożliwe. Jest jednakże niezbędne, ponieważ jeśli nie ma go w ogóle, nie ma między ludźmi relacji i komunikacji. Zupełny brak słuchania jest negacją obecności.

¹ Słowa, które słyszałam od pacjentów.

Słucha się nie tylko „zawartości werbalnej” tego, co jest wypowiedane, ale także całego ciała: głosu, twarzy, spojrzenia, dłoni. Oko także słucha. Nie słuchając jedynie słów, słuchanie pozwala usłyszeć najbardziej pierwotną skierowaną ku nam prośbę, prośbę o *bycie tutaj*. Zarazem, nie wiedząc nic o *byciu tu* (nie jest to przedmiot wiedzy), słuchanie jest uważne na wszystko, co drugi wypowiada, aby o tym *byciu* móc usłyszeć.

Pani są jakieś krótkie

Gdy weszłam do pokoju pani Zosi, prawie dziewięćdziesięcioletniej pacjentki, leżącej na swoim łóżku, wydawała się ona zaniepokojona — rozglądała się, jakby czegoś szukała. Ucieszyła się, widząc mnie. Powiedziała, że szuka swojej granatowej torebki. Zaproponowałam, że jej pomogę. Poprosiła, żebym sprawdziła w stojącej koło łóżka szafce. Otwieram szafkę — szybko zauważam, że nie ma tam torebki. Mówię pani Zosi, co jest w środku, po kolei. Widzę jednak, że mi nie dowierza, szukam więc i jeszcze raz. Powtarzamy to kilkakrotnie. Gdy opisuję znajdujące się w szafce przedmioty, pacjentka wyraża swoje opinie. Ciastka niech będą na wierzchu w szufladzie, nie na szafce. Do ciastek potrzebuje herbaty, a ta, którą ma, jest zimna. Czekolada jest dobra, ale tylko jednej firmy, koniecznie w opakowaniu danego koloru, koniecznie gorzka. Przede mną powoli otwierał się jej świat.

Nie potrafimy znaleźć torebki. Pani Zosia w jakiś sposób daje za wygraną. Zbliża się pora obiadu. Wiem, że pani wyciąga wtedy z szuflady chusteczki (jest tam zawsze pewien zapas) — w ten sposób przygotowuje się do posiłku. Po raz pierwszy jestem świadkiem, jak robi te chusteczki z papierowego ręcznika, w szufladzie nie ma bowiem już ani jednej. Pani Zosia nazywa to „targaniem chusteczek”. Nie potrafię w tym uczestniczyć. Chcę pożegnać się i pójść na inny oddział, i kiedy to zapowiadam, słyszę w odpowiedzi: *Już przykrzy się Pani ze mną? Nudzę Panią?* Postanawiam więc zostać i spróbować „dołączyć się” do tego, co robi pani Zosia. Patrzę, jak „targa” i składa te kawałki papierowego ręcznika, tworząc z nich chusteczki, i powtarzam jej ruchy. Są wprawne i przemyślane, wszystkie chusteczki wychodzą takie same. Musiałam gdzieś się pomylić, zgiąć o raz za dużo, moje są innej długości. Pani Zosia uważnie na nie patrzy: *Pani są jakieś krótkie...* Jest taka spostrzegawcza — rzeczywiście. Uśmiecham się w duchu.

Pani Zosia często skarży się na zimno, zazwyczaj leży okryta kocem. Tym razem koc leży koło niej, poskładany. Wychodząc, pytam, czy jej nie przykryć. Pani Zosia tłumaczy, jak go rozłożyć. Nie, nie przykrywać stóp. Widzę, że jest dobrze, ponieważ jest tak, jak chciała. Uśmiecha się delikatnie, ukrywając w uśmiechu jakby niedowierzanie, że udało nam się do tego momentu dotrzeć. Jestem już w progu, gdy słyszę: *Ale Panią umordowała. Już Pani do mnie nie przyjdzie. — Przyjdę jutro o trzynastej* — odpowiadam. Mam wrażenie, że pani Zosia sprawdzała wtedy, czy wytrzymam.

Podobnie, wydaje mi się, sprawdzała „czy wytrzymam”, gdy mówiła o swojej śmierci.

...Starość. Wszystko minęło...

...Czas się zbierać...

...Pora umierać...

...I ślub. I grób. Wszystko minęło...

- *O czym Pani myśli, Pani Zosiu?*
 – *A jak Pani myśli — o czym się myśli w tym wieku?*
 ...*Czas się zabierać do wieczności...*

Podsumowując rozważania o etyce obecności, odwołam się do pojęcia gościnności. Dla B. Matraya gościnność jest synonimem „akceptacji obecności drugiego” [6, s. 57]. Z kolei tak o słuchaniu, w kontekście gościnności, mówił M. Bellet: „Gdyby trzeba było nadać słuchaniu jakąś figurę społeczną, najlepszą bez wątpienia byłaby antyczna praktyka, zagubiona lub nawet niemożliwa w naszych czasach: gościnność. Słuchać to uczynić się gościem gościa, który do nas przychodzi [...] Słuchanie jest gościnnością wewnętrzną” [8, s. 40].

Kontekst spotkania drugiego — chorego (umierającego) — w medycznych instytucjach jest bez wątpienia kontekstem spotkania w granicznej sytuacji cierpienia i śmierci, używając sformułowania K. Jaspersa [9]. Biorąc pod uwagę rys cierpienia, o którym mówił T. Sławek, gościnność obecności, nawet jeśli byłaby to „obecność wstrząśniętych”², i gościnność słuchania wydają się tym bardziej ważne. Posłuchajmy jego słów: „Cierpienie jest niegościnne, lecz — o paradoksie — to w cierpieniu właśnie odczuwamy szczególnie potrzebę doznania gościnności” [10, s.11].

Próby towarzyszenia

Obecność i słuchanie są także wyróżniane jako aspekty towarzyszenia, stąd refleksje osób sprawujących opiekę oraz wolontariuszy w paryskim hospicjum, w którym ja także byłam wolontariuszem, często dotyczyły roli i jakości obecności oraz (nie)gotowości do słuchania. Czym byłoby zatem towarzyszenie w kontekście opieki medycznej? P. Verspieren określa je w następujący sposób: „Słowo »towarzyszyć« wskazuje pewną postawę, pewną koncepcję opieki i relacji z ciężko chorym. Towarzyszyć komuś nie oznacza wyprzedzać 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” [7, s. 183]. Dla B. Matraya towarzyszenie może być postrzegane jako tworzenie przestrzeni relacyjnej [por. 6, s. 206].

Zdaniem P. Verspieren [7], towarzyszenie pozwala dołączyć do chorego w jego (bolesnych) doświadczeniach. Ciągłe otwarte jest we mnie pytanie: „towarzyszenie czemu?” (zrodzone być może z doświadczenia „dołączania” do chorych w zupełnie różnych fragmentach ich dróg, choć wszyscy przebywają w ZOL-u.) Towarzyszenie nudzie (— *Co tam, Sławku? — Nudno*), towarzyszenie zazdrości (— *Pojedźmy na balkon. Nie możemy tam pojechać z powodu porządków. A Robert był?!*), towarzyszenie samotności (*Jestem sama jak palec*), towarzyszenie piekielnemu doświadczeniu „bycia wybranym do cierpienia”³ (*Co ja jestem winna, że mnie choroba wybrała? Nie mogło to spaść na kogoś innego? Czemu ja wszystkie choroby musiałam wziąć [na siebie]? Dlaczego mnie to spotkało? Dlaczego się tak morduję? Dlaczego jestem chora? Za co mnie to spotkało?*

² Sformułowanie M. Opoczyńskiej [14] w kontekście terapeutycznych spotkań z drugim w cierpieniu, w sytuacji granicznej.

³ Jest to sformułowanie P. Ricoeura [15], mówiącego o postaciach odizolowania w cierpieniu.

Nie mogę się pogodzić), towarzyszenie pragnieniu życia (*Nie chcę na salę do umrząków*)⁴, towarzyszenie pragnieniu pójścia do domu (*Dziś, jakbym mogła, wstałabym i poszła do domu. Czas się stąd zbierać. Zapomniałam już, jak wygląda mieszkanie*), towarzyszenie pragnieniu obecności (*—Modli się Pani teraz?*⁵ *— Tak, modlitwa jest najważniejsza. — To nie przeszkadzam... — Już skończyłam. — Pani Zosiu, przyjdę w poniedziałek. — Daleko ten poniedziałek*)⁶. P. Verspieren [7] pisał, że towarzyszenie pozwala usłyszeć kierowane do drugiego wołanie, które należy rozszyfrować⁷.

Jakie znaczenie może mieć dla pacjenta towarzyszenie, o którym mowa? Tak pisał o tym E. Goldenberg [10]: „Gdy troska o towarzyszenie jest — daje poczucie, że jest się osobą, szanowanym podmiotem. Gdy brakuje wymiaru towarzyszenia, ma się wrażenie bycia ciałem, chorobą, zębem, które się, owszem, pielęgnuje, lecz nic więcej” [11, s. 53]. C. Marin [4] podkreśla, że nie chodzi o to, aby aspekty medyczne opieki były przeciwstawiane jej aspektom relacyjnym. Chodzi właśnie o coś odwrotnego. Personel medyczny ma pewną przewagę nad tymi, którzy towarzyszą poprzez spojrzenie, słuchanie, słowo, lecz niejako „z pustymi rękoma”. Ma do wykonania pracę, w trakcie której może patrzeć i słuchać. Aby „próbować relacji”, dysponuje pewnymi uprzywilejowanymi środkami.

O relacji w opiece — uwagi końcowe

Podobnie o relacji w opiece wypowiadają się C. Marin i M.-S. Richard. Pierwsza pisze: „Opieka jest relacją” [4, s. 16], druga: „Relacja stanowi nieodłączną część opieki” [12, s. 8]. Relacja czyni z chorego podmiot spotkania, jednocześnie chroniąc go przed byciem jedynie przedmiotem opieki. Chroni go przed byciem — jak pisze o tym E. Fiat [13, s. 8] — „tylko pacjentem” i dodatkowo „podwójnie pacjentem” (z powodu choroby, na którą cierpi; z powodu opieki, którą znosi). To w relacji i dzięki relacji możliwe jest doznanie gościnności w cierpieniu. Opieka medyczna byłaby więc przede wszystkim troską o relację (czy nie podobnie, pomijając wiele różnic, opieka terapeutyczna?).

Gdy weszłam do pokoju innej pacjentki, pani Alicji, o której wiedziałam, że na mnie czeka, przywitała mnie słowami: — *Dobrze, że Pani przyszła. Ja właśnie chciałabym porozmawiać z psychologiem. Śni mi się moja matka. Właściwie to nęka mnie w snach. Dlaczego ona mnie tak nęka jako zjawą? Ja w ogóle o niej nie myślę*. Słuchałam tego uważnie, nie wając się na żadne pytania ani jakkolwiek interpretację. Wkrótce do pokoju weszła pielęgniarka i musiałam się pożegnać. Przypuszczałam, że jeszcze wrócimy do tej rozmowy.

Gdy po kilku dniach znów przyszłam do pani Alicji, zanim zdażyłam usiąść przy jej łóżku, usłyszałam: — *Wie Pani, ja wszystko przemyślałam. To ja sama chcę, aby mama do mnie przyszła, to nie jest żadna zjawą. Ja czytałam na studiach Freuda*.

⁴ Sala z chorymi w stanie bardzo ciężkim.

⁵ Wchodząc do pokoju chorej, zauważyłam w ręku różaniec.

⁶ Rozmawialiśmy w piątek.

⁷ Wg M.-S. Richard [11] psychologa i lekarza różnicuje sposób słuchania, a jeszcze bardziej sposób interpretacji (odszyfrowania) tego, co zostało zasłyszane.

Piśmiennictwo

1. Opoczyńska M. Próby relacji, czyli etyka psychoterapii. *Psychoter.* 2007; 3(142): 15–22.
2. Kurzowa Z, red. Słownik synonimów polskich. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2002.
3. Zgólkowa H. Podstawowy słownik języka polskiego z zarysem gramatyki polskiej. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2008.
4. Marin C. Violence de la maladie, violence dans le soin. W: Verspieren P, Richard M-S, red. Violence de la maladie, violence dans le soin. Médiasèvres; 2011, s. 15–31.
5. Rémy-Largeau I. Le soin, de l'intrusion à la relation. W: Verspieren P, Richard M-S., red. Violence de la maladie, violence dans le soin. Médiasèvres; 2011, s. 47–62.
6. Matray B. La présence et le respect. Paris: Desclée de Brouwer; 2004.
7. Verspieren P. Face à celui qui metru. Paris: Desclée de Brouwer; 1984.
8. Bellet M. L'écoute. Paris: Desclée de Brouwer; 1995.
9. Rudziński R. Jaspers. Warszawa: Wiedza Powszechna; 1978.
10. Sławek T. Czy ból uczy? Lekcja spojrzenia dolorycznego. W: Ból. Punkt po punkcie. Gdańsk: Słowo/obraz/terytoria, Stowarzyszenie Pisarzy Polskich; 2004, s. 11–21.
11. Goldenberg E. Partir, l'accompagnement des mourants. Paris: Cerf; 1986.
12. Richard M-S. Vers une nouvelle conception du soin. *LAENNEC* 2005; 1: 8–20.
13. Fiat E. L'accompagnement comme devoir de civilisation. *Espace Ethique*; automne 1999/l'hiver 2000 ; s. 8–9.
14. Opoczyńska M. Dyskurs cierpienia — dialog świadków? W: Straś-Romanowska M, Bartosz B, Żurko M, red. Psychologia małych i wielkich narracji. Warszawa: ENTEIA; 2010, s. 277–290.
15. Ricoeur P. Filozofia osoby, przeł. M. Frankiewicz. Kraków: Wydawnictwo Naukowe PAT; 1992.

Adres: aniawojkrze@gmail.com